

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE **266**
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre-Jean-Louis CASSAIGNEAU

Né à Montréal-du-Gers
le 13 novembre 1896

DE LA
BACTÉRIOTHÉRAPIE
A FORTE VALENCE
EN
PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Président : M. SERGENT, professeur.

PARIS (IX^e)

6, passage Verdeau, 6

TOULOUSE

7, rue Ozenne, 7

OCCITANIA

Anciennes LIBRAIRIES MARQUESTE ET BOUQUET-MORAINVILLE réunies

E.-H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR

1925

DE LA
BACTÉRIOTHÉRAPIE
A FORTE VALENCE
EN
PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre-Jean-Louis CASSAIGNEAU

Né à Montréal-du-Gers
le 13 novembre 1896

DE LA
BACTÉRIOTHÉRAPIE
A FORTE VALENCE
EN
PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Président : M. SERGENT, professeur.

PARIS (IX^e)

6, passage Verdeau, 6

TOULOUSE

7, rue Ozenne, 7

OCCITANIA

Anciennes LIBRAIRIES MARQUESTE ET BOUQUET-MORAINVILLE réunies

E.-H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR

1925



LE DOYEN.....

M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie.
Anatomie médico-chirurgicale.
Physiologie.
Physique médicale.
Chimie organique et chimie générale.
Bactériologie.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.
Pathologie et thérapeutique générales.
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale.
Anatomie pathologique.
Histologie.
Pharmacologie et matière médicale.
Thérapeutique.
Hygiène.
Médecine légale.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.
Pathologie expérimentale et comparée.

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....	
Clinique urologique.....	

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Clinique thérapeutique médicale.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique.....

MM.

NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
N...
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBE.
SICARD.
LECENE.
ROUSSY.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
GILBERT.
CHAUFFARD.
ACHARD.
WIDAL.
MARFAN.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
JEANSELME.
GUILLAIN.
TEISSIER.
DELBET.
HARTMANN.
LEJARS.
GOSSET.
TERRIEN.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
VAQUEZ.
SEBILEAU.
DUVAL.
SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.	Pathologie médicale.
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BASSET.	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN.	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
	Chimie biologique.
BRANCA.	Histologie.
BRULE.	Pathologie médicale.

MM.

BUSQUET. . . . Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . . Histologie.
 CHIRAY. . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRE. . . . Hygiène.
 I. de JONG. . . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR. . . . Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE (suite)

MM.	MM.
ECALLE. Obstétrique.	METZGER. Obstétrique.
FIESSINGER. . Pathologie médicale.	MOCQUOT. Pathologie chirurgicale.
FOIX. Pathologie médicale.	MONDOR. Pathologie chirurgicale.
GARNIER. . . Pathologie expérimentale.	MOURE. Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . . Pathologie médicale.	MULON. Histologie.
HEITZ-BOYER.. Urologie.	PHILIBERT ... Bactériologie.
HOVELACQUE.. Anatomie.	RIBIERRE. Pathologie médicale.
JOYEUX. Parasitologie.	RICHT Fils... Physiologie.
LABBE (Henri). Chimie biologique.	ROUVIERE. ... Anatomie.
LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.	N. Physique médicale.
LE LORIER.... Obstétrique.	TANON. Pathologie médicale.
LEMAITRE. ... Oto-rhino-laryngologie.	TIFFENEAU. .. Pharmacologie et matière médicale.
LEMIERRE. ... Pathologie médicale.	VAUDESCAL. . Obstétrique.
LEVY-SOLAL... Obstétrique.	VERNE. Histologie.
LHERMITTE... Pathologie mentale.	VILLARET. Pathologie médicale.
LIAN. Pathologie médicale.	WELTER. Ophtalmologie.
MATHIEU. Pathologie chirurgicale.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE (pour le service des examens)

MM.	MM.
CAMUS. Physiologie.	GUENIOT. Obstétrique.
GOUGEROT.... Pathologie médicale.	RETTERRER. ... Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (à titre permanent)

MM.	MM.
AUVRAY. Clinique chirurgicale.	LÉPER. Clinique médicale.
CHEVASSU. ... Clinique chirurgicale.	PROUST. Clinique chirurgicale.
	RATHERY. Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale infan-	SCHWARTZ. ... Clinique chirurgicale.
LERI. tile.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	} Stomatologie.
CHAILLEY BERT.....	} Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	} Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Je dédie ce témoignage de pieuse admiration, car j'ai souvenir d'avoir vu longtemps, par les longues nuits d'hiver de notre chère Gascogne, l'humble médecin de campagne courbé sur « *Monisme vitaliste* » et je l'assure en ces quelques lignes de mon immense affection.

A Monsieur le Docteur POCHON

Chirurgien de l'Hôpital de l'A. D. F.

Ancien Interne des Hôpitaux.

L'inspirateur et le guide éclairé de ce travail, le maître affectueux qui a dirigé ma fin d'études avec une haute conscience et une grande bonté.

En témoignage de mon profond attachement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SERGENT

Médecin de l'Hôpital de la Charité.

Qui a bienveillamment accepté la
présidence de cette thèse.

Hommage de vive et respectueuse
gratitude.

A Monsieur le Docteur HOUZEL

Médecin à l'Hôpital de l'A. D. F.

Que je remercie de s'être particulièrement intéressé à cette thèse, et auquel j'adresse l'expression de mon dévouement respectueux.

AUX MÉDECINS DE L'HÔPITAL DE L'A. D. F.

**MM. les Docteurs MALHERBE, ANCELET,
D'AYRENX, GIBERT et THÉVENARD**

Qui m'ont toujours manifesté leur bienveillante sympathie.

A Monsieur le Docteur SAUVÉ

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

A Madame la comtesse de GALARD

Présidente de l'Association des Dames Françaises.

A MES MAÎTRES

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

La vaccinothérapie, pratiquée avec une foi ardente en Angleterre et en Amérique depuis près d'un quart de siècle, a pris chez nous une place sans cesse grandissante dans notre thérapeutique voici quelques années seulement. On s'accorde généralement à reconnaître que la question n'est pas encore au point, et elle apparaît à la plupart des médecins d'une pratique délicate, dont les indications et la méthode n'ont pas été jusqu'à ce jour assez nettement définis.

Nous nous sommes proposés, au cours de ce travail, en exposant les résultats obtenus en pratique médico-chirurgicale par l'emploi d'un vaccin à très forte valence, de mettre en lumière l'intérêt que nous paraît offrir la vaccinothérapie basée sur l'injection d'une très riche association microbienne.

Nous voici loin des premières expériences de bactériothérapie considérée, lors de ses débuts, comme devant être rigoureusement spécifique. Peu à peu, les essais d'autovaccin conduisaient naturellement à l'idée de la polyvalence, car il est rare qu'il existe un seul microbe isolément, les autres semblant voi-

lés. Mais l'autovaccin suppose d'abord la possibilité d'isoler les germes en cause et nous ferons remarquer que les cultures faites à deux ou trois jours d'intervalle ne donnent toujours pas la même composition. Les cultures varient d'ailleurs avec le milieu : et c'est ce qui nous fait penser que les microbes ne sauraient être tous isolés en même temps. L'autovaccin ainsi préparé ne sera sûrement pas la reproduction fidèle de la flore microbienne causale et d'autre part imposera au praticien pendant le temps nécessaire à cette préparation une attitude expectative.

Voici maintenant le médecin éloigné des laboratoires, privé de tous les moyens d'investigation moderne, dans l'impossibilité de faire de l'autovaccin. Il va faire du stok-vaccin sans doute, mais cette pratique du stok-vaccin spécifique implique nécessairement l'idée d'un diagnostic précis cliniquement, ce qui n'est pas toujours facile au début, et surtout bactériologiquement, ce qui est quasiment impossible. L'attente permettrait à l'état général de s'altérer, au processus morbide de s'aggraver rapidement, et l'on peut admettre que dans les cas d'infections chirurgicales locales le stok polyvalent est un facteur de grande sécurité, et que, systématiquement appliqué à ces cas, il vient résoudre les difficultés techniques considérables dues surtout à la richesse de la flore microbienne.

Mais ces difficultés deviennent pratiquement insurmontables lorsqu'on se trouve en présence

d'une affection médicale pure. Ici, pas de suppuration, pas de culture possible. Nous avons suivi avec intérêt les efforts de Minet, composant un vaccin staphylo-strepto-tétragène dont les germes ont été par lui trouvés dans les crachats au cours d'infections pulmonaires pendant plusieurs jours de suite, — ceux aussi de Danysz qui, partant des matières fécales, établit son vaccin entéro-antigène, si riche de résultats.

Mais il est sûrement une infinité de microbes dans les affections les plus diverses qui ne jouent pas au premier plan et dont l'action retentit cependant sur l'état général. Quant au virus le plus en vue il est le plus souvent en étroite association, comme dans les infections péritonéales, salpingées, intestinales, urinaires, etc..., et l'on reconnaît cette coexistence dans le pus des lésions tuberculeuses et dans les prélèvements les plus divers. L'association microbienne est d'ailleurs admise dans bien des lésions lointaines et inaccessibles comme presque toutes les lésions viscérales profondes.

Armer l'organisme dans le plus bref délai afin de lui permettre de lutter avec plus de succès contre cette infection menaçante quelle que soit sa nature bactériologique est le constant souci du médecin, souvent désorienté à l'origine de la maladie. En présence d'une infection constituée, il aidera l'organisme en stimulant ses moyens naturels de défense, pratique qui n'exclut nullement les médications usuelles, mais leur vient en aide si elle est dictée

avec prudence et circonspection. Il pourrait aussi très utilement dépister les manifestations du multimicrobisme latent sous le couvert d'une lésion apparemment locale et bien circonscrite.

En éteignant plus rapidement les foyers et en augmentant la puissance d'immunisation des éléments de l'organisme, il diminuera considérablement les chances de complications ou en atténuera toutefois la gravité.

Nous avons pensé que la possibilité d'avoir toujours à sa portée un vaccin qu'une longue pratique a montré absolument inoffensif et qui a donné des résultats surprenants, méritait d'être retenue : tant dans les lésions ouvertes d'ordre chirurgical, mais dont cependant tous les germes microbiens ne peuvent être extériorisés sans exception, et qui évoluent ainsi traités vers une guérison rapide et complète sans nécessiter de larges débridements, — que dans les lésions inflammatoires profondes et fermées dont le refroidissement est précipité par ce procédé, les résultats obtenus nous paraissent devoir être répandus.

Nous avons surtout voulu montrer que l'emploi des stok-vaccins à très forte valence, tout en étant sans danger pour le malade, non seulement venait très heureusement modifier l'état local, mais encore parce que agissant le plus souvent sur un organisme en état de microbisme latent, donnait une impulsion vraiment favorable du point de vue clinique au processus morbide.

L'emploi que nous avons fait du multivalent nous a donné la certitude que, en bien des cas dans la pratique journalière, il devient une médication précieuse :

1° On se trouve souvent en présence d'une lésion où il y a polyvalence certaine, mais, soit du fait de son extrême richesse qui vient accroître les difficultés techniques, soit du fait de l'impossibilité absolue dans laquelle on se trouve de faire un autovaccin polyvalent, on pourrait négliger une arme thérapeutique qui a fait ses preuves ;

2° Dans d'autres cas, par exemple dans des affections locales et fermées, mais relevant cliniquement d'une association microbienne dont on ne peut apprécier la richesse, l'autovaccin lui-même devient matériellement impossible par défaut de germes microbiens ;

3° Il est enfin des intoxications de cause inconnue, des infections mal localisées, d'étiologie mal définie, dans le traitement desquelles il faut agir vite si l'on veut aider l'organisme à triompher et notre multivalent nous a donné de bons résultats ;

4° On nous permettra de rappeler aussi que dans les traitements par autovaccin n'ayant pas donné l'amélioration escomptée, il nous a été possible de constater une modification très heureuse par l'emploi simultané du multivalent. Là où le vaccin spécifique ne donnait rien qu'une violente réaction locale malgré que ce vaccin ait subi le même mode

de préparation que notre multivalent, celui-ci, dès la deuxième injection, entraînait une sensible amélioration.

Notre maître, M. le Docteur Pochon, dont nous sommes l'interne, a bien voulu nous faire profiter de sa longue expérience en bactériothérapie. Pendant la guerre, comme chirurgien à l'hôpital, et depuis en pratique médicochirurgicale courante, il a, dans des milliers d'observations personnelles, puisé de précieux enseignements. Et après avoir pratiqué cette thérapeutique naissante sous toutes ses formes, partant de la méthode de Wright, il a formulé un vaccin multivalent que nous avons étudié sous sa haute et bienveillante direction.

Lentement créé, progressivement étendu, modifié par des recherches constantes, il met en relief l'avantage des vaccins microbiens à très forte valence qui ne sont pas, comme certains se plaisent à le dire, le cliché d'une vue de l'esprit, mais au contraire le fruit d'une patiente observation. Notre multivalent n'est en somme que la réalisation d'une idée, et chacun peut en modifier la formule à son gré.

I

HISTORIQUE

Dès 1881, Pasteur démontrait que les maladies infectieuses pouvaient être guéries par des virus atténués. Et si les travaux qui suivirent délaissèrent cette bactériothérapie naissante, il n'est que juste, après avoir signalé les utiles travaux de Ferrand et Toussaint, de rappeler que cette Sir A. Wright (1902) qu'elle doit d'être aujourd'hui une thérapeutique confirmée par de très heureux résultats et riche d'avenir.

Sa théorie est trop connue pour que nous l'exposions ici, même brièvement. Nous ne retiendrons que le principe de spécificité. Injections en tissu sain et suivant une méthode définie des bactéries mortes de même nature que celles qui sont à l'origine de l'infection, et nous provoquons alors une formation d'agents phylactiques nouveaux qui affluent de toute part vers le foyer primitivement infecté. C'est en somme l'utilisation intégrale des réactions immunisantes des parties saines de l'orga-

nisme. Phase négative, phase positive, index opsonique sont termes relevant aujourd'hui du langage courant, malgré que leur existence soit actuellement très discutée. Mais nous croyons devoir faire ressortir que dans l'esprit de Wright les anticorps, d'aspécifiques qu'ils étaient, devenaient spécifiques vis-à-vis des microbes en cause. A Saint-Mary's Hospital de Londres, il était arrivé à montrer que pour des doses moyennes progressives, on constatait une courte phase négative avec léger abaissement de l'index, suivie par une longue phase positive : c'est de cette conception, élaborée dans son service de bactériothérapie au début staphylococcique que Wright est parti pour préconiser la vaccinothérapie contre les infections localisées. Et lui-même touchait à la question que nous nous sommes proposé d'étudier, lorsque, traitant les infections à pathogénie multiple par association microbienne, il obtenait d'heureux résultats par des injections de mélanges de bactéries.

Chaque espèce microbienne ayant théoriquement ses anticorps propres, la bactériothérapie devrait rester rigoureusement spécifique. Les anticorps ne seraient utiles à l'organisme que dans la mesure où ils sont capables de lutter contre le microbe infectant. Nous verrons qu'il n'en est pas absolument ainsi. Quoi qu'il en soit, après avoir associé des microbes de même groupe, mais issus de sujets étrangers, on a songé à juxtaposer des germes très nettement différents en des vaccins destinés à lutter

contre les infections intéressant un grand appareil. Et c'est ainsi que Nicolle et Blaizot formulent un vaccin destiné à l'appareil urinaire, que Bezançon compose un vaccin pneumo-strepto-pfeiffer-staphylo, que Castellani injecte des vaccins paratyphiques à forte valence, que bien des auteurs composent des vaccins antistreptopneumococciques divers.

Mais c'est surtout au cours des infections pyogènes que les vaccins connurent une grande fortune, car ici ils furent employés dans la grande majorité des cas, au cours d'infections purulentes localisées alors que l'état général était lui-même peu atteint. Suivant les régions anatomiques on en est arrivé à composer des stok-vaccins unissant dans un mélange inoculable les cultures stérilisées des microbes les plus souvent en cause au cours d'une lésion bien définie.

Les vaccins à la soude de Maute dosés à cinq milliards de corps microbiens par centimètre cube ont donné de très bons résultats. Ils ont été disposés en vaccins régionaux comprenant la flore pathogène habituelle.

Mais parmi les associations microbiennes les plus connues, nous devons citer spécialement le bouillon vaccin de Delbet, qui fut l'objet de communications à l'Académie de Médecine et à la Société de chirurgie : il forme une association de vaccins pastoriens et de vaccins chauffés à base de trois espèces, staphylo, strepto et pyocyanique. Ce vaccin, appliqué aux infections locales par pyogènes, dans les

furoncles, dans les anthrax, les abcès, les lymphangites, les phlegmons, les inflammations érysipélateuses, a affirmé son action bienfaisante.

Relevant à peu près des mêmes indications que celui de Delbet, un vaccin polymicrobien plus généralisé encore, celui de Bruschettini, se compose de staphylo, de strepto, de pneumocoques, de colibacilles, de perfringens.

De la même façon, Minet et Benoit, partant des pneumocoques, du staphylocoque, du tétragène, du micrococcus catarrhalis, du streptocoque, reproduisaient à l'aide de souches microbiennes diverses la flore bactérienne du malade.

Nous ne saurions omettre les travaux de Besredka sur les vaccins sensibilisés et ceux de Bazy et Cuvillier sur l'obtention des vaccins sensibilisés polyvalents au moyen du sérum de Leclainche et Valle, s'adressant à toutes les variétés de pyogènes (strepto-staphylo-coli) et permettant aussi l'obtention de vaccins sensibilisés contre les sporogènes (perfringens-vibron sceptique). Ces vaccins furent employés à la fois au titre préventif contre les complications septiques au cours d'interventions en terrain infecté, contre les infections d'ordre urinaire ou intestinal, et hâtèrent souvent un refroidissement au cours d'infections abdominales diverses.

Mais ces différentes tentatives sont très nettement postérieures à l'expérience que nous nous sommes proposés d'exposer au cours de ce travail. Et

si nous devons cependant faire remonter à Dányasz l'idée de préparer les vaccins polyvalents à utiliser en série dans les cas présentant un certain degré de parenté , nous pouvons avancer que c'est Pochon qui, en 1916, publia les premières observations sur l'emploi d'un vaccin à forte valence microbienne, spécialement étudié en chirurgie de guerre.

II

LE VACCIN MULTIVALENT

Bien avant la guerre, à une époque où l'emploi des vaccins était dans la pratique de quelques rares médecins, Pochon pratiqua dans la plupart des suppurations ouvertes un autovaccin suivant la technique et les indications de Sir Wright. Puis vint la guerre, qui, avec ses milliers de sujets, composa un champ d'études faciles et fécondes.

On avait généralement constaté qu'il existait toujours plusieurs microbes dans le pus prélevé sur les plaies de guerre : c'étaient toujours les mêmes que l'on rencontrait et l'on se mit à les cultiver. Ces cultures furent destinées à composer un vaccin qui devait être ultérieurement injecté à tous les blessés porteurs de plaies sceptiques ; c'était en somme un véritable stok-vaccin polyvalent dont la formule devait être modifiée. Progressivement, au fur et à mesure que l'on découvrait un microbe sur ces plaies, non renfermé dans ce vaccin, on enrichissait l'association microbienne injectable. On était ainsi

arrivé à fabriquer sur une large échelle un premier vaccin suivant la formule : strepto, staphylo, entéro, pneumo, méningocoques, micrococcus catarrhalis, b. coli, bacille diphtérique, bacille d'Hofmann, bacille pyocyanique, bacillus proteus.

Quelques mois après, devant la présence presque constante de quelques autres microbes, on fut amené à ajouter à la première formule du gonocoque du bacille de Yager, du paraméningococcique et du vert fluorescent. Ainsi fut constitué un vaccin plurimicrobien qui fut étudié cliniquement pendant quatre ans et qui fut le départ de notre multivalent.

Depuis la guerre, la formule subit de profondes modifications. Bien des microbes devenus plus rares furent supprimés, et le vaccin fut surtout adapté aux cas les plus fréquents de la pratique médico-chirurgicale courante. La formule actuelle est susceptible de subir au moindre signal une modification nouvelle, suivant que l'on constatera la prédominance de tel ou tel microbe. C'est ainsi que l'an dernier, au cours d'une épidémie de grippe, notre maître, Pochon, ayant trouvé d'une façon constante dans les crachats des malades durant cette épidémie le bacille de Friedlander, fit ajouter cette unité, qui y est resté depuis.

La formule actuelle, mais nullement définitive, est la suivante par centimètre cube :

Strepto.	100 millions.
Staphylo.	500 »
Entero.	50 »

Coli.	100 millions.
Microc. Catarrhal.	100 »
Bac. Diphtérique.	100 »
Gono.	50 »
Pneumocoque.	200 »
Friedlander.	100 »

Soit, au total, 1.500 millions, préparés et stérilisés suivant la méthode d'iodisation par Ranque et Senez. Nous nous empressons de dire que, si la formule peut être modifiée suivant les circonstances et au gré de l'expérimentateur, tout autre mode de stérilisation pourrait être employé : nous nous sommes trouvés bien de cette méthode, dont nous avons apprécié les excellents résultats et l'inocuité absolue.

Le vaccin est disposé en ampoules, qu'il y a intérêt à secouer avant d'ouvrir, si l'on veut obtenir une émulsion homogène. Quant au lieu d'élection de cette injection, il pourra être, selon le choix du médecin, soit le tissu cellulaire, soit une région musculaire, de préférence la région fessière ou deltoïdienne.

L'expérience nous a montré que la quantité de microbes injectée doit varier avec une infinité de considérations. Pour fixer les idées, nous appellerons $1/4$ et $1/2$ cc. les doses faibles, $3/4$ et 1 cc. les doses moyennes, et $1\ 1/4$ et $1\ 1/2$ les doses fortes. Nous employons les doses faibles en général, pour débiter, en essayant d'enrayer ou de faire avorter une infection récente et peu accusée, en tâtant la

susceptibilité du malade pour éviter de donner un coup de fouet à l'infection. Les doses faibles seront également employées dans une infection intense avec graves phénomènes généraux, sur un sujet très déprimé, chez lequel nous produirions une exacerbation dangereuse.

Les doses très fortes sont rarement employées d'emblée, sauf dans quelques cas particulièrement graves, dans lesquels nous avons espéré associer un effet de choc à la pure recherche de spécificité sur un terrain ayant gardé sa résistance. Mais nous sommes arrivé, dans la grande majorité des cas, à la dose de 1 et 1/2 cc. et 2 cc. quand le sujet n'accusait pas d'intolérance.

Les doses moyennes seront en général le plus utile immédiatement, en débutant à 1/2, passant à 3/4 le surlendemain si il n'y avait pas urgence, puis faisant 1 cc. au bout de quatre ou cinq jours. A ce moment, on note le plus souvent une amélioration, qui permet soit de monter à 1 1/2, soit de se maintenir à 1 cc. à une ou deux reprises, pour redescendre ensuite à 3/4 et à 1/2.

Il ne saurait exister d'ailleurs de règle absolue quant au dosage quantitatif, mais il ne faut pas hésiter à aller jusqu'à 1 cc. 1/2 et à 2 cc. dans certains cas, si le sujet n'accuse pas de signe d'intolérance. L'effet obtenu n'est pas nécessairement en rapport avec la quantité de vaccin injecté. Suivant le malade, suivant le terrain, nous obtiendrons pour la même quantité injectée, en présence d'une lésion

identique, un effet très différent. Il y a lieu de tenir également compte d'un facteur individuel, car si nous ne notons que très rarement une forte réaction, il est toutefois nécessaire d'observer la façon dont le sujet s'est comporté après l'injection qui précède.

Nous avons pu constater que, dans quelques cas, la dose injectée était insuffisante, amenant un résultat nul ou à peu près, et que dans d'autres cas, parce que un peu trop forte comme dose d'attaque, elle provoquait une exacerbation excessive. Aussi la dose jugée trop faible ou trop forte sera modifiée dans le sens convenable, et l'on n'augmentera la dose que très progressivement dans les cas jugés dangereux.

Il est d'ailleurs possible, lorsque le malade réagit localement, de diluer la faible quantité de vaccin dans un volume variable de sérum physiologique, en injectant 5 ou 10 cc. sous cutanés par exemple, ou intra-musculaire. Nous devons enfin signaler que, dans les affections qui paraissent au clinicien relever très nettement d'un microbe spécial, il y a intérêt à renforcer notre association bactérienne par l'adjonction d'un vaccin spécifique ayant été traité suivant le même mode de préparation : cette pratique vient renforcer spécifiquement l'action de multivalent au cas particulièrement visé, et conserve à la forte valence le maximum de son action utile.

Après avoir indiqué le mode d'emploi de cette association bactérienne, suivant une méthode progressive, puis régressive, composant une série de

cinq à six injections profondes, intéressant plusieurs appareils, il nous a été nécessaire, après quelques jours de repos, de soumettre l'organisme à une nouvelle série vaccinale. Chez certains malades, il nous est arrivé de faire trois séries d'injections avec cinq ou six jours d'arrêt, et nous reviendrons sur cette pratique dans l'exposé des résultats généraux.

Y a-t-il des contre-indications formelles à la bactériothérapie ainsi pratiquée ? Nous retiendrons surtout que toute fatigue, toute intoxication, toute infection organique trop importante diminuant la faculté de réaction de l'organisme, commande la plus extrême prudence. Mais il faut surveiller de très près l'évolution des lésions profondes, que l'on risquerait de réveiller lorsqu'elles sont en voie de refroidissement. Quelques auteurs ont voulu considérer comme une contre-indication à la bactériothérapie certaines déficiences organiques dans de grosses lésions cardiaques, hépatiques, rénales, ou certaines diathèses générales comme le diabète. Pour notre part, nous ne reconnaissons aucune contre-indication absolue, en raison de cette absence complète de violentes réactions; cependant, une surveillance clinique attentive s'impose nécessairement.

On faisait encore de certaines lésions des contre-indications à la vaccination, par exemple dans les suppurations pulmonaires, dans les uréthrites chroniques tenaces avec absence de gonocoques, dans les vieilles affections chirurgicales secondairement in-

fectées et dans lesquelles on rencontre une extrême diversité microbienne au sein de laquelle on croyait ne pouvoir faire qu'un choix très arbitraire, et ce sont précisément ces cas particuliers qui relèvent éminemment de notre vaccin multivalent.

De même, au cours d'infections appendiculaires et péri-appendiculaires, salpingées, annexielles et péri-annexielles, qui ne peuvent permettre un prélèvement bactérien, et qui ne relèvent que d'une thérapeutique vaccinale basée sur des probabilités, le vaccin multivalent, par les résultats qu'il nous a fournis, affirme son utilité.

III

DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Nous nous proposons d'étudier l'effet du vaccin multivalent au cours de différentes affections d'ordre médico-chirurgical que nous avons observé dans le domaine de tous les grands appareils. Nous montrerons ensuite que ces résultats sont en conformité de vue avec les idées modernes sur la vaccinothérapie.

La température est très manifestement influencée : au cours des infections s'accompagnant d'hyperthermie, elle est en général abaissée dès la première injection, et cède au bout des deux ou trois suivantes d'une façon presque complète. Il est exceptionnel que la température remonte après l'injection, signant alors une réaction générale. Ce fait ne s'est produit que dans les cas où nous avons injecté d'emblée une forte quantité de vaccin, et encore faut-il ajouter que nous n'avons eu, au cours de cette réaction, ni sueurs, ni tremblement, ni claquement de dents, et même pas de l'urticaire ou des arthralgies pouvant nous rappeler des accidents

sériques. Nous avons cru devoir insister sur cette absence presque absolue de réaction soit locale, soit générale, qui tient peut-être au mode de préparation du vaccin.

Le pouls suivait fidèlement la température, tombant rapidement en lysis et redevenant normal au bout de quelques jours.

La douleur cédait aussi avec une étonnante rapidité.

Le caractère de ces courbes est frappant, et traduit l'action générale de notre vaccin : nous avons même très fréquemment observé une détente quelques heures à peine après la première injection.

Ce n'est que dans quelques cas de septicémie profonde, sur des terrains vraiment trop infectés, que les injections vaccinales n'ont amené aucune amélioration. Et le seul fait de ne pas voir la température être influencée par ces injections vaccinales est pour nous d'un mauvais pronostic.

Nous avons dit que le vaccin multivalent ne présentait, lorsqu'il était prudemment employé, aucun inconvénient. C'est à peine si, dans quelques cas, nous avons observé une légère réaction locale : cinq ou six heures après l'injection vaccinale, un peu de rougeur, avec œdème douloureux persistant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Cette réaction est moindre que dans l'application de la plupart des vaccins, même ceux ayant subi une préparation identique. Jamais nous n'avons observé d'accidents brutaux d'anaphylaxie microbienne.

Nous avons essayé d'analyser le caractère de cette immunité apparemment accordée par ces séries d'injection, immunité liée, en dehors des autres modes d'action du vaccin, à une augmentation d'anticorps hostiles aux microbes infectants.

Il est nécessaire d'insister sur le caractère de cette immunité, qui est essentiellement relative, peu durable, mais habituelle. Nous avons en effet constaté l'action bienfaisante du vaccin d'une façon constante dans les états infectieux, sur l'état général et sur l'état local. Mais cette action est relative, car, en obtenant une rétrocession à peu près complète des lésions tant médicales que chirurgicales, nous avons très rarement obtenu la stérilisation absolue. Elle est peu durable, parce que des récidives fréquentes sont apparues à des intervalles de temps très variables.

Un fait demeure acquis cependant, c'est que ces rechutes sont très atténuées, que l'on en vient à bout facilement avec une nouvelle mais très faible injection de vaccin multivalent. Injectée dans un organisme dont la défense est émoussée, il a vite fait de la stimuler à nouveau. Nous dirons aussi que, dans bien des cas, alors que l'effet désiré était à peu près obtenu, nous avons néanmoins fini notre série de vaccin, en vue d'une action spécifique ultérieure pour parfaire la guérison. C'était en somme un traitement de sécurité, qui ne nous a jamais révélé d'intolérance ni de surinfection en provoquant de nouveaux foyers.

Dans les traitements que nous avons fait jusqu'à ce jour, nous n'avons jamais associé l'action du sérum de Leclainche et Vallé, auquel certains auteurs se plaisent à reconnaître une action plus immédiate. Nous n'avons pas davantage suivi la méthode d'Elnitz et Colle, en associant la sérothérapie à la bactériothérapie. Mais nous nous sommes efforcés de n'employer, dans la plupart des cas, que le vaccin multivalent, afin de juger plus justement de ses effets. Non seulement l'expérience nous a montré que son action était suffisante, mais encore qu'elle est au moins aussi spécifique que celle des sérums. Et l'on peut se demander alors si il n'est pas préférable de faire de la bactériothérapie que de créer des anaphylactiques nouveaux, parfois regrettables chez des sujets que l'on peut guérir autrement.

Pendant la guerre, le multivalent fut injecté dans des milliers de cas à des blessés ayant déjà reçu du sérum antitétanique, et nous avons depuis traité par le vaccin des sujets auxquels nous injectons en même temps du sérum antidiphthérique. Nous n'avons jamais observé de réaction spéciale ni de modification à l'action du vaccin, et l'emploi simultané d'un sérum spécifique et du multivalent nous paraît devoir être une pratique inoffensive et parfois harmonieuse.

Nous montrerons, au cours de l'exposé de quelques observations, que ce vaccin a été employé dans les infections de tous les appareils, qu'il s'agisse de

cas chirurgicaux ou de cas médicaux. Mais nous l'avons également employé au titre préventif dans les excisions à pratiquer dans les larges blessures de guerre, et il a donné les résultats les plus favorables. Employé dans un but pré-opératoire, il a aidé très souvent à la libération de germes en hâtant la formation d'une collection septique, surtout sur des terrains de résistance diminuée et chez lesquels on aurait pu craindre des accidents septicémiques.

Dans d'autres cas, il a fait tourner court des infections nettement localisées, les arrêtant dans leur évolution, et ce fait est particulièrement typique dans de nombreux adénophlegmons que nous avons pu suivre dans notre dispensaire par centaines.

Dans l'ordre chirurgical, il amenait assez rapidement la stérilisation des plaies en éliminant les débris sphacelés, en homogénéisant le pus, et les plaies, dès la deuxième ou la troisième injection, redevenaient très vite rouges et saignantes. Parallèlement à la disparition rapide de la douleur, il rétablissait le fonctionnement de l'appareil intéressé, après une série de trois à cinq piqûres. Il nous est arrivé souvent de traiter des phlegmons à grande propagation, notamment ceux de la main et des gaines. Nous avons pu observer que, dans les cas traités par multivalent, nous n'étions pas obligé d'inciser très largement, et un bon drainage suffisait à amener une guérison rapide; en comparant les cas traités sans le concours du vaccin avec nos

observations, on constatait son action indéniable de localisation, de suppuration et d'élimination.

La lymphangite voisine cède vite, les tissus, en se défendant mieux, conservent plus de vitalité, la plaie suppure moins longtemps, les parties nécrosées s'éliminent spontanément avec facilité. Dans les lésions de tuberculose chirurgicale, nous avons systématiquement injecté du vaccin, car il s'agit là le plus souvent de riches associations microbiennes, et dans des adénites bacillaires suppurées, dans des lésions osseuses tuberculeuses, nous avons vu de très nettes améliorations.

Il est enfin remarquable que l'on ait été exceptionnellement amené à intervenir à nouveau sur des opérations faites avec notre pratique de la bactériothérapie. Si l'on admet que les infections pyogènes générales ou locales ne sont jamais spécifiques, mais au contraire plurimicrobiennes, on conçoit plus aisément la possibilité de pareils résultats.

L'organisme est en effet en puissance d'infection continue; Louis Bazy a récemment insisté sur cet état de microbisme latent lorsque, parlant des vieilles blessures de guerre, il signalait ces foyers mal éteints, sujets à d'incessants réveils. Nous avons depuis longtemps observé la fréquence de ces rechutes au niveau d'anciens foyers, après des années de silence, comme c'est le cas d'un ancien soldat encore en traitement, qui s'est présenté chez nous il y a quelques jours, porteur d'une grosse collection au tiers moyen de la cuisse, juste au niveau d'une

fracture ouverte, cicatrisée en 1918. Bien des éléments microbiens existent normalement à l'état de saprophytes, qui sont prêts à redevenir pathogènes au premier signal et à manifester cliniquement leur activité noscive sous des influences qui nous échappent. On trouve couramment du colibacille dans l'urine, sans qu'il y ait lésion apparente d'un organe, et coli, strepto, gono, staphylo sont étroitement apparentés. Réciproquement, toute affection cliniquement éteinte n'est pas nécessairement suivie d'une guérison bactériologique.

Les travaux de Danysz ont mis en lumière l'étroite liaison existant entre certaines manifestations pathologiques intéressant l'état général, asthme, goutte, poussées d'urticaire, manifestations cutanées diverses, et des troubles gastro-intestinaux avec constipation tenace ou selles fétides, fermentations et putréfactions intestinales.

Nous avons été frappé aussi de l'action du multivalent dans certains cas de coqueluche : elle paraît être sans effet dans les vingt premiers jours. Peu après, si l'on fait tousser le malade dans une boîte de Pétri, on ne trouve plus de bacille spécifique, et cependant les quintes continuent, dues sans doute à la virulence acquise par tous les saprophytes groupés d'abord autour de lui. Ils vont alors, non seulement entretenir les quintes pendant quelque temps, mais conditionner ensuite les complications. Agissant à cette époque sur la nocivité de ces saprophytes si variés, le multivalent espace très vite les quintes et en vient rapidement à bout.

Dans le même ordre d'idées, il est classique de rapprocher les divers organes lymphoïdes; chez les sujets atteints de pharyngite avec amygdalite, il est fréquent de constater l'existence d'une appendicite chronique, et ce fait signe la localisation élective d'une infection latente prête à s'exacerber sous une poussée digestive, favorisée le plus souvent par l'état de fatigue ou de moindre résistance du terrain.

Nous avons soulevé cette question de l'infection latente, pour signaler que, chez tous ces sujets, la multivalence aboutit à d'heureux résultats au cours de diathèses apparemment très diverses. L'arrivée d'un microbe virulent, capable à lui seul de donner une maladie bien déterminée considérée comme spécifique, suffit en effet à provoquer une poussée généralisée aux autres microbes qui sommeillaient insoupçonnés dans la profondeur des tissus; nous pensons que la multivalence ne peut qu'opposer à cette agression nouvelle une précieuse défense.

Nous sommes ainsi conduit à souligner l'intérêt que présente l'adjonction à certains vaccins spécifiques d'une préparation microbienne à forte valence, car les saprophytes devenus dangereux, groupés autour du microbe causal, seront utilement combattus. Les résultats obtenus suivant cette méthode sont supérieurs à ceux que l'on obtient avec un vaccin spécifique pur. Nous avons pu contrôler ces faits par association de notre multivalent au vaccin anti-gono, anti-coquelucheux, anti-coli, et nous

avons été généralement satisfaits de leur action simultanée.

Observations

Nous ne pouvons malheureusement, dans un travail se rapportant à tous les grands appareils, que nous limiter dans le nombre des observations à citer. Nous avons pris au hasard, parmi des centaines, quelques-unes de celles qui nous paraissent devoir leur évolution favorable à l'emploi du vaccin multivalent.

Ce sont surtout des cas dans lesquels le vaccin composait à peu près la seule thérapeutique, soit isolément, soit en étroite collaboration avec l'acte chirurgical.

Son action sur la température sera traduite par quelques courbes, qu'il ne nous a pas paru utile de multiplier du fait de leur analogie.

IV

AFFECTIONS PULMONAIRES

A) Appareil pleuro-pulmonaire (chirurgie)

Le multivalent fut injecté pendant la guerre, pour plaies pénétrantes septiques de la plèvre et du poumon. Il avait affirmé, avec le fléchissement de la courbe thermique, du pouls et de la douleur, l'élimination rapide des parties mortifiées, avec stérilisation du foyer et parfaite tolérance du corps étranger. Les deux observations qui suivent ne font que résumer l'ensemble des résultats obtenus, en montrant les modifications heureuses de l'état général, en règle si profondément atteint au cours des infections de cet organe, du fait de la fragilité de la séreuse. On connaît la longue durée des empyèmes et leur interminable suppuration, qui fait réserver le pronostic : nous sommes persuadés que l'injection du multivalent a raccourci la période de suppuration au cours de ces thoracotomies pour collection purulente, en redonnant aux tissus leur vigueur et en favorisant leur cicatrisation.

OBSERVATION I

L... (Gaston), 31 ans, blessé par éclat d'obus le 20 décembre. Arrive à l'hôpital le 31 décembre; présente une large plaie de la région dorsale, au niveau de la huitième côte gauche. L'auscultation donne à gauche : en avant, une respiration rude, et en arrière un souffle au tiers moyen, avec retentissement de la voix, respiration très voilée à la base.

Le 1^{er} janvier, le projectile est repéré à la hauteur de la neuvième côte et à 5 centimètres environ de profondeur. Le blessé accuse des frissons, se plaint d'un point de côté à la base gauche, en arrière. T. : 38°,5; P. : 105. Nous faisons 1/2 V. M. Dans les jours qui suivent, apparaissent des signes d'épanchement. Nous injectons 3/4 V. M. le 3 janvier et 1 V. M. le 5. Les signes locaux, l'ascension thermique et l'altération de l'état général font prévoir la transformation purulente.

Le 7 janvier, la ponction exploratrice ramène du pus vers la septième côte. Immédiatement, on fait 1 cc. 1/2 V. M., puis le même jour on résèque la septième côte sur une longueur de 5 cc. L'incision de la plèvre donne issue à une très grande quantité de pus. La plaie est nettoyée, drainée.

Le soir même la T., de 39° tombe à 37°,5, le P. à 80.

Il est fait ensuite 1 cc. le 9, puis 1 cc. le 11 et 1/2 le 13. Les signes pulmonaires s'effacent rapidement au cours de cette série vaccinale, la suppuration diminue de jour en jour et l'état général se relève vite. Les vaccins ne seront pas repris, car dès le 15 janvier le poumon a repris sa fonction normale et l'auscultation ne décèle aucune lésion autre que quel-

.

ques frottements pleuraux. La blessure est en voie de cicatrisation.

La rapidité avec laquelle a disparu cette lésion pleurale à pyogènes est vraiment frappante.

OBSERVATION II

C... (Georges), 23 ans, blessé par éclat d'obus au niveau de la sixième côte droite, a fait ensuite de la pleurésie avec abcès pulmonaire sous-jacent. Le projectile, passant sous la sixième côte, est décéléré par la radio en plein tissu pulmonaire. Opéré le 12 décembre. On débride largement l'orifice d'entrée, avec résection de la septième côte, suivie d'ablation d'esquilles et drainage. Du 12 au 20 décembre, pansements bi-quotidiens, donnant issue à une grande quantité de sérosité séro-sanguinolente. L'état général est défectueux; la T. 38°,5. Mais on note une gêne respiratoire considérable, de la mâtité, avec obscurité intéressant toute la base gauche. Vers le 20 décembre, l'état général s'altère, le facies devient terreux, la dyspnée intense. On note 40 respirations, un pouls à 120, mou, dépressible, une T. 39°,8. Nous faisons alors 1/2 V. M. Le 21 décembre, le traitement est poursuivi par de l'huile camphrée, électrargol, inhalations d'oxygène. Le 22 décembre, nous faisons 1 cc. de V. M.; le soir même, la T. a tendance à baisser, avec 39°, et le pansement ramène du tissu pulmonaire sphacélé. Il suinte encore un peu de sérosité, légèrement teintée. Le 23 décembre, la T. reste stationnaire, le P. : 120, R. : 38, et nous injectons 1 cc. V. M. La douleur locale a nettement diminuée. Le 24, en faisant le pansement, s'éliminent spontanément une grande quantité de pus et de débris pulmonaires sphacelés. La T. : 38°,5, le

P. : 110, la R. : 26. Le 25, nous faisons 1 cc. V. M., et 3/4 le 27 décembre. L'état général présente une grande amélioration, qui va s'accroissant. Le drain évacue très peu de pus. T. : 38°. Le 29, encore 1/2 V. M., la suppuration a totalement disparue, il n'existe plus de T., mais de l'obscurité respiratoire, qui va de jour en jour diminuer. La lymphangite avoisinant la plaie disparaît à son tour, tout rentre dans l'ordre, et le blessé sort guéri le 10 janvier, après avoir présenté une très courte phase de suppuration suivie d'une rapide cicatrisation. La douleur, la T. et le P. ont été favorablement influencés.

B) Appareil pulmonaire (médecine)

Au cours d'affections pulmonaires d'origines très diverses : gripes, trachéites, bronchites diffuses, signes congestifs avec point de côté, râles, toux sans caractères nets, nous avons fait des séries de multivalent. Les recherches bactériologiques ont montré que la flore pharyngo-laryngo-tracheo-bronchique groupait autour du pneumocoque et du strepto une extrême diversité microbienne.

Nous avons le plus souvent constaté une baisse de la température, une atténuation des signes généraux, une régression progressive des signes fonctionnels et stéthoscopiques. La fréquence de cet arrêt dans les affections pulmonaires, la netteté avec laquelle celles-ci paraissent avorter, nous font croire

que la bactériothérapie à forte valence n'a pas été étrangère à l'évolution favorable du processus morbide.

OBSERVATION III

A... (Léon), 21 ans : Grippe.

Se présente à la consultation le 25 janvier avec une T. : 38°, 5, extrême lassitude, courbature, rachialgie, céphalé. L'examen du cœur est négatif. Les poumons présentent des râles généralisés des deux côtés, surtout au niveau du hile avec submatité des deux bases. Ni albumine, ni sucre. Le soir, la T. : 39°, 2 et le P. : 120.

Nous faisons une série de vaccins : 1/2 cc. le 26, 1 cc. le 28 et 1 cc. 1/2 le 30. La température, après avoir régulièrement baissé, est tombée à 37°, 8. Le 30, on note quelques sibillances, mais la toux et le point de côté ont complètement disparu. Le 1^{er} février, nous faisons encore 1 cc. V. M. La température redevient normale et tout rentre dans l'ordre. Nous n'avons fait qu'une fois de la révulsion et cette grippe a rétrocedé uniquement par le vaccin sans le concours d'aucune autre thérapeutique.

OBSERVATION IV

M. Rinaldo, coureur cycliste, 21 ans. Opéré d'une hernie inguinale droite le 10 décembre 1925. L'opéré se portait très bien et était sur le point de sortir lorsque le 18, à 2 heures de l'après-midi, il se plaint d'un point de côté localisé à la base droite sur la ligne axillaire. A la percussion : matité à toute la base droite. A l'auscultation : silence respiratoire. Augmen-

tation des vibrations. T. : 38°, 5. Pas de frissons. Nous traitons par ventouses et enveloppements chauds, puis par une série de V. M. Nous faisons, le jour même, 1 V. M., le soir la T. 38°, 9. Le lendemain, le malade est soulagé, le point de côté s'est élargi, la température s'abaisse un peu. Les vibrations sont augmentées, le silence respiratoire étendu à toute la base. Légère pectoriloquie.

Le 20, nous faisons 1 1/2 V. M., suivi d'une légère réaction locale, avec élévation de T. le soir même : 39°, 2. Quelques frissons.

Le 21, chute de T. à 37°, 9, avec expectoration de quelques crachats rouillés. L'état général du malade est meilleur, les urines abondantes et chargées. Les signes pulmonaires très atténués. Nous faisons 1 V. M. le 22 et tout rentre dans l'ordre. Le malade sort guéri le 26.

Nous croyons que la forte quantité de V. M. injectée a fait rapidement avorter une infection pulmonaire déclarée et dont l'évolution a certainement de ce fait été favorablement influencée.

OBSERVATION V

J... (Pierre), électricien, 21 ans. Congestion pleuro-pulmonaire droite postérieure. Léger épanchement séreux.

Antécédents héréditaires et collat. : nuls.

Antécédents personnels : angines, bronchite.

En janvier, bronchite tenace. Arrive à la consultation du 31 janvier avec le diagnostic : « Congestion pulmonaire de la base droite. » Mauvais état général, persistance de la fièvre à type irrégulier. La recherche du Koch est restée négative. Amaigrissement notable

depuis le début de la maladie. T. : 38°, 5, poids : 51 kilos.

A l'examen. — Appareil respiratoire : la percussion révèle la submatité aux deux sommets en avant et en arrière, au sommet droit et à la moitié inférieure droite. En arrière à droite, l'auscultation montre une respiration voilée dans toute la moitié inférieure. Vibrations thoraciques abolies.

Cœur. — Tachycardie : 130 pulsations à la minute.

Fonction exploratrice : petite quantité de liquide séreux. On traite avec digitaline, pointes de feu, tricalcine, ventouses.

Le 5 février. — Le pouls est descendu à 80.

Nous traitons par une série de vaccin multivalent : 1/2 le 5, 3/4 le 7, 1 le 9, 1 1/4 le 11, 1 1/2 le 13. A ce moment nous notons la disparition de l'égophonie et de la matité qui persiste seulement dans le quart inférieur de la base droite. La T. oscille entre 37 et 38.

Le 15, 1 V. M.; le 17, 1/2 V. M.

Le 17, nous notons la disparition du liquide pleural et on entend de gros frottements pleuraux. Poids : 52 kilos. Du 17 au 27, grosse amélioration. Le 27, poids : 53 kg. 500. Le traitement est poursuivi tout le mois de mars et le malade sort en fin mars, pesant 56 kilos, présentant uniquement de la submatité avec légère obscurité respiratoire du sommet droit.

OBSERVATION VI

Ch... (Léon), cultivateur, 23 ans. Le 4 octobre accuse une violente céphalée, sans vomissements, T. : 38°, 4; courbature générale.

Le 5 octobre, T. m. : 38°, 2, T. s. : 38°, 3.

Le 6 octobre se présente à la consultation.

À l'examen. — Poumons et gorge : négatif; rate volumineuse; foie dépassant de deux travers de doigt les dernières côtes. T. m. : 38°, 4, T. s. : 39°, 6.

Traitement : lavements froids, glace abdominale, limonade; prise de sang envoyée au laboratoire pour examen bacille.

Résultat négatif 11 octobre.

7, 8, 9, 10, 11, température matin : 37°, 6 à 38°, 2; température soir : 39°, 8 à 39°, 9.

10, bain tiède 36°, 20 minutes.

11, bain tiède 34°, 30 minutes (la température baisse)

11 octobre, T. : 37°, 8; P. : 84, 10 cc. électargol.

Hemoculture : négatif. Présence d'un staphylocoque blanc, mais paraissant provenir d'une souillure au moment de la prise. En conséquence, il est décidé de faire une série de vaccin multivalent : 1/4 V. M. le 12 octobre, 1/2 le 14 (matin : 37°, 2, soir : 39°, 8), 3/4 le 16 (matin : 37°, 4; soir : 38°, 5), 1 le 17 (matin : 37°, soir : 38°), 1 1/2 le 18 (matin : 37°, 2, soir : 37°, 4), 1 V. M. le 20. Le 22, la température redevient normale.

Au cours de cette série de vaccin, le 15 l'auscultation nous révèle une matité à la base du poumon gauche, au niveau de l'espace interlobaire. Ventouse scarifiées (matin : 37°, 3, soir : 38°, 6). Notons qu'après le deuxième vaccin polyvalent la température tend à descendre.

Le 16 octobre, obscurité de la base du poumon gauche diminue. Quelques râles. Peu à peu, les signes auscultatoires disparaissent tandis que la température baisse. Et à la fin de notre série de vaccin nous constatons la disparition des bruits pathologiques. La respiration reste un peu rude à la base. Le malade sort guéri complètement à la fin du mois.

C) **Bronchites et trachéites chroniques**

Ce sont des affections dans lesquelles la flore microbienne est la plus abondante et variée. L'infection glandulaire est profonde, ainsi que l'indique l'abondance du pus des expectorations; les lésions de la muqueuse peuvent être très étendues, ulcérées fréquemment, comme en témoignent l'endoscopie et la présence fréquente de filets de sang dans les expectorations. Les microbes habituellement rencontrés par examen direct ou dans les cultures, en dehors des cas de tuberculose dont nous ne parlerons pas ici, sont le pneumocoque, le Friedlander, le B. Catarrhalis, le streptocoque, le staphylocoque, le bacille de Pfeiffer, les tétragènes et paratétragènes, les leptothrix.

Préparer des autovaccins serait extrêmement compliqué, et on n'a pas toujours la possibilité de faire les examens et les cultures.

Dans un grand nombre d'observations avec examen bactériologique, nous avons pu constater la très grande similitude de la flore microbienne. C'est donc là, théoriquement, un des états pathologiques dans lesquels le multivalent est le plus indiqué et doit avoir le plus de chance de succès. Nous avons constaté qu'il en était le plus souvent ainsi. Telle est par exemple l'observation suivante, recueillie récemment et qui nous paraît typique.

OBSERVATION VII

M. C... (Paul), 68 ans. Trachéo-bronchite chronique avec dilatation des bronches. Première consultation, le 7 février 1925.

Depuis quinze ans : bronchites à répétition, avec toux sans arrêt en dehors des mois chauds de l'été. Il présente de l'emphysème, des crises d'asthme. Il se plaint d'expectorer très abondamment, d'avoir un coryza rebelle et souvent, le soir, de présenter des poussées fébriles.

A l'examen. — Fissure sous la cloison nasale et sycosis médian de la lèvre supérieure par suite des écoulements nasaux. Pharyngite. Submatité généralisée bilatérale. Respiration rude dans les deux poumons, surtout à droite. Emphysème. Râles muqueux et sibilants disséminés. L'examen des crachats montre de nombreux leucocytes altérés, polynucléaires et quelques globules rouge. Très nombreux bacilles ne prenant pas le gram, du type Friedlander, nombreux pneumocoques, quelques bacilles catarrhalis, pas de bacilles de Koch. Après tentative de traitement qui se montre peu efficace, on fait une première injection de 3/4 V. M. et le 10 mars 1 V. M. Aucune réaction locale ni générale. Le malade éprouve, dès le 12 mars, un notable soulagement et respire plus librement. Le 14 mars, on fait 1 1/2 V. M. et le malade constate une très grande amélioration après cette troisième injection. Le teint s'est éclairci et il dit lui-même que son entourage lui en a fait la remarque. Il dort sans tousser et sans aucun calmant et la respiration est devenue facile. La sonorité est à peu près normale; il y a encore quelques râles, mais plus disséminés et plus humides. Le 18 mars, on fait 1 V. M. et 3/4 le

24 mars. L'état général est excellent et l'oppression a disparu. Les nuits sont parfaites et le malade se déclare guéri. En fait, il n'existe plus de rudesse respiratoire ni d'emphysème et la sonorité est normale partout. Il reste seulement quelques signes d'adénopathie hilaire, surtout à droite. On cesse la vaccination, qui sera reprise plus tard à titre préventif.

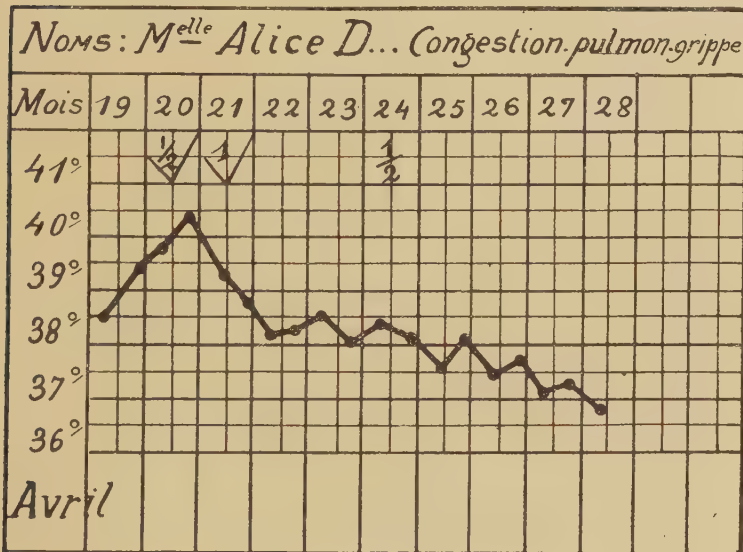
D) Grippe

La grippe représente le type des infections médicales multimicrobiennes dont les manifestations cliniques sont en rapport avec l'extrême variété des agents pathogènes. Elle présente des lésions pulmonaires à pneumocoques, à Friedlander, à streptocoques, des infections pharyngées à staphylocoques, à catarrhalis, des entérites à coli, à entérocoques, etc., etc. Nous pensons que l'invasion de l'organisme par le microbe indéterminé de la grippe exalte la virulence des autres microbes et rend nocifs les saprophytes, de même qu'un traumatisme provoque un réveil du microbisme latent, comme nous l'avons maintes fois observé dans les anciennes blessures de guerre.

La vaccination multivalente trouve ici une de ses applications les plus utiles, et nous avons observé de multiples cas d'infections variées d'origine grip-pale, rapidement guéries ou du moins améliorées par vaccination multivalente.

OBSERVATION VIII

M^{lle} D... (Alice), 26 ans. Congestion pulmonaire grippale : forme très grave occupant la moitié inférieure des deux poumons, symptômes de broncho-



pneumonie avec violente céphalée, angine, état général profondément atteint chez une jeune fille peu résistante. Le 20 avril, T. : 40°, 5. Nous faisons 1/2 V. M. Le 21, la température a tendance à baisser, tombant à 39 ° à midi. Nous faisons 1 V. M., la température tombe régulièrement en lysis pendant les jours qui suivent cette injection, pour redevenir normale après la troisième injection, que nous faisons faible : 1/2 le 24.

Mais ce qui fut particulièrement remarquable, ce

fut la prompte disparition des symptômes locaux et le relèvement très rapide de l'état général. Après la deuxième injection, il ne restait presque plus de râles dans les poumons et la malade était vraiment transformée. La guérison se fit alors progressivement sans retour offensif de l'infection grippale.

E) **Coqueluche**

Quand on fait tousser un coquelucheux sur des boîtes de Pétri contenant des milieux appropriés, on trouve non seulement de microbe de Bordet, mais une flore variée indiquant une association bactérienne. Dans la coqueluche, comme dans tous les cas que nous avons observé, le microbe bien déterminé capable de déclencher une maladie dite spécifique, procède suivant le principe que nous avons exposé : nous croyons que l'invasion par un microbe virulent déclenche la virulence des bactéries saprophytes. L'emploi du vaccin multivalent vient appuyer cette théorie avec autorité : on sait en effet qu'après trois ou quatre semaines, les expectorations ne contiennent plus de cocco-bacille. Et cependant les quintes et tous les autres symptômes persistent très longtemps encore. On a pu parler de névrose, mais cela n'explique pas les expectorations, la fièvre qui survient quelquefois, ainsi que l'apparition des complications pulmonaires. Le vaccin anticoquelu-

cheux n'agit que préventivement ou dans les premiers jours de la maladie, ceci est généralement admis.

Nous avons été amené à lui associer le vaccin multivalent pour les raisons exposées plus haut, et nous avons souvent pu constater qu'il renforçait indubitablement l'action du vaccin spécifique au début de la maladie et qu'il avait une influence très nette sur la disparition des quintes, à une période fort avancée, dans laquelle le vaccin spécifique seul ne donnerait aucun résultat.

OBSERVATION IX

A... (Jeannine), 3 ans et demi. Coqueluche remontant au 1^{er} mars 1925. Le 18 mars, elle commence à vomir à chaque quinte. Les crises sont très rapprochées et on en compte dix-huit le jour et neuf à dix la nuit. Le 27 mars on est appelé près de l'enfant, donc très tardivement. On fait une première injection de 1/2 cc. de vaccin anticoquelucheux. Nous obtenons une forte réaction sans aucun résultat au point de vue des quintes. Nous sommes, en effet, à la fin de la quatrième semaine.

Le 1^{er} avril, nous faisons 1/2 vaccin anticoquelucheux, plus 1/2 V. M. Les quintes persistent, mais un peu moins fortes et les vomissements ont disparu.

On fait ensuite deux injections de V. M. seul, 1/2 V. M. le 3 avril, puis 3/4 le 7 avril. L'amélioration s'accroît dès le 5 avril et, le 10 avril, l'enfant ne présente plus aucun symptôme de coqueluche et est amenée à la campagne.

V

INFECTIONS DE NATURE INDÉTERMINÉES : TROUBLES MULTIPLES CHEZ DES MALADES INTOXIQUÉS, A HÉMOCULTURE NÉGATIVE

Ces malades présentent habituellement dans leurs antécédents des troubles pathologiques graves. Ce sont des insuffisants glandulaires, avec un rein et un foie en état de carence relative. Cet état favorise les infections qui viennent se surajouter à ces insuffisances fonctionnelles, et contre lesquelles les sujets se défendent très mal. La vaccination est précieuse dans ces cas, et la multivalence microbienne s'impose en présence de l'impossibilité où l'on se trouve de déterminer la nature des agents pathogènes.

OBSERVATION X

M^{me} P... (Louise), 29 ans. Souffre depuis son enfance de troubles rapportés à de l'infection intestinale et à de l'appendicite chronique. Opérée d'appendicectomie

en 1915, sans que par la suite on observe une notable amélioration. En 1918, enceinte de neuf mois, après une grossesse des plus pénibles, elle présente des crises d'éclampsie et accouche d'un enfant mort. Nous sommes appelés à ce moment : le Wasserman, le Hechk sont négatifs à plusieurs reprises. A partir de cette époque, elle garde un rein droit congestionné, gros et douloureux, mais l'examen bactériologique des urines, les inoculations au cobaye ne révèlent pas de tuberculose rénale.

Dans les mois qui suivent, il persiste de graves désordres : œdèmes à répétition à sièges variables, irrégularité de la fonction urinaire. Tantôt dysurie, tantôt polyurie, avec des urines contenant généralement de l'albumine, mais pas de sucre. L'urée est habituellement insuffisante bien qu'elle ne soit pas en excès dans le sérum sanguin. Il y a insuffisance des fonctions hépatiques, le foie reste gros, douloureux, la vésicule est hypertrophiée et on assiste à des crises de colique hépatique fruste.

Mais le symptôme dont se plaint le plus la malade est le ballonnement intestinal et la douleur généralisée à tout l'abdomen : douleur permanente avec des paroxysmes et s'accompagnant alors de vomissements, de diarrhée muco-membraneuse alternant avec une constipation opiniâtre.

La radioscopie montre un abaissement du colon transverse jusque dans le bassin, avec une coudure très accentuée de l'angle sous-hépatique, et aussi une distension considérable de cœcum et du colon ascendant. On l'opère en 1920 par libération des adhérences, enveloppement du colon ascendant dans un large lambeau de grand épiploon avec colopexie.

Cette intervention procure un léger soulagement et la douleur abdominale a nettement diminué. Mais il

persiste des troubles rénaux et les règles sont très irrégulières, insuffisantes, accompagnées d'accidents variés. A ce moment, apparaissent de nombreux phénomènes congestifs avec pharyngites, congestions pulmonaires, rénales, hépatiques, œdèmes douloureux sur lesquels se greffent du prurit, des poussées d'urticaire, d'eczéma, d'herpès.

La circulation veineuse est altérée à son tour et les veines du membre inférieur deviennent douloureuses.

La tension artérielle est habituellement faible avec 11 et 12 comme maxima, 5 et 6 comme minima.

Cet état dure jusqu'en avril 1923. Toutes les médications ont été essayées, y compris les cures hydro-minérales Saint-Nectaire, Bagnoles, Plombières, Vittel, avec des résultats à peu près nuls, peu durables en tous cas.

Le 7 avril 1923, en présence d'un état plus nettement infectieux, avec fièvre élevée et poussée herpétique, nous essayons le V. M. et le résultat dépasse toute espérance. La malade subit une première série d'injections, soit 1/2 le 7 avril, 3/4 le 10, 1 le 13, 1 1/2 le 16, 1 le 19 et 1 à nouveau le 22.

Après cette série vaccinale, la malade se sentit considérablement améliorée et partit en villégiature. Elle rentrait en octobre, après avoir passé un été excellent, sans présenter aucun accident, ce qui ne lui était pas arrivé depuis six ans.

Depuis octobre, divers malaises ont réapparu : urticaire, eczémas, troubles digestifs divers, congestions passagères des reins et du foie, céphalée. Ces manifestations sont accusées au moment des règles, qui sont douloureuses et demeurent insuffisantes, mais elles sont très atténuées et, chose remarquable, ont cessé rapidement lorsque, en janvier 1924, on fit une série vaccinale, puis une troisième en mai et les phénomènes cessèrent complètement.

Plusieurs confrères de villes d'eaux, qui ont été amenés à employer dans ces cas notre riche association microbienne, ont été également frappés de ces résultats et de leur rapidité. On ne saurait invoquer sérieusement l'auto-suggestion, et nous ne croyons pas qu'on puisse expliquer ainsi la disparition d'un eczéma ou de tout autre accident, vraiment trop objectif pour pouvoir être rattachés à des troubles psychiques.

VI

SEPTICÉMIES

Il est des infections sans localisation, avec mauvais état général, évoluant sur un terrain très déprimé. Le mauvais fonctionnement de tous les organes signe une atteinte généralisée, non définie bactériologiquement.

Le multivalent, par son action stimulatrice de la défense organique, a relevé l'état général du malade en influençant heureusement les manifestations pathologiques de chaque appareil. Il a, dans un cas que nous citons, précipité la collection au niveau de l'omoplate, hâté la supuration tout en la limitant, et lutté contre l'état infectieux. Dans un autre cas, chez un sujet porteur d'une congestion pulmonaire double d'origine infectieuse, d'une plébite, d'une tumeur abdominale avec phénomènes péritonéaux, il a puissamment aidé à la stérilisation des divers appareils.

OBSERVATION XI

V... (Catherine), 31 ans. Depuis trois mois présente une série d'accidents septiques diversement localisés, nécessitant des interventions et des curettages : abcès de la joue gauche, nombreux kystes sébacés donnant un pus verdâtre, abcès rétro-auriculaire droit. La malade, amaigrie et très affaiblie, souffrant des reins et de la région maxillaire gauche, entre dans une maison de santé, d'où elle nous arrive après un séjour d'une quinzaine, le 22 décembre 1924.

A son arrivée, elle présente un faciès terreux, T. : 38°, 5, une courbature généralisée, douleurs vagues dans les articulations. Cœur et appareil digestif : néant. Quelques frottements dans le côté droit.

La malade présente un point très douloureux au niveau de la fosse sous-épineuse droite, au niveau de laquelle l'auscultation et la percussion ne donnent rien.

Au niveau de l'angle gauche du maxillaire existe une grosse tuméfaction remontant jusqu'à la mastoïde absolument immobile, formant un bloc très dur et très douloureux. L'examen de la gorge montre un pharynx extrêmement rouge, avec une amygdale gauche très congestionnée et déviée très à droite de la ligne médiane. L'orifice d'entrée du canal de Stenon est particulièrement rouge. La malade présente aussi des points douloureux sur le trajet du sciatique.

Nous commençons le jour même une série de V. M. Commençant par 1/2 V. M.

Le 23, nous faisons 3/4 V. M. T. m. : 38°, 4, T. s. : 38°, 8. L'analyse d'urine donne une diminution d'acidité, de chlorures, de phosphates et présence de

traces d'albumine, d'urobiline, de scatol et d'indican. Le dépôt, peu abondant, renferme quelques cellules épithéliales et quelques leucocytes, pas de cylindres.

24 décembre. — Nous faisons 1 V. M., n'ayant noté aucune réaction. La température monte toujours. T. m. : 38°, 9, T. s. : 39°, 5.

25 décembre. — La masse parotidienne paraît retrouver un peu de mobilité. La palpation de la fosse sous-épineuse donne une sensation d'empatement très nette. T. m. : 38°, 6, T. s. : 40 °.

26 décembre. — La fluctuation apparaît franchement dans la loge sous-épineuse. Nous incisons et nous tombons sous le sous-épineux sur une collection purulente. Le doigt pénètre dans une perte de substance au tiers inférieur de l'omoplate tout contre le bord interne. Il s'agit d'une lésion d'osteïte avec perforation complète de l'os. Il ne paraît pas y avoir de lésions sous-jacente. T. m. : 39°, T. s. : 38°, 9.

Le bloc parotidien est légèrement diminué de volume et surtout la consistance est modifiée : il s'est ramolli. La douleur à la pression a complètement disparu.

27 décembre. — La température baisse. T. m. : 38°, 5, T. s. : 38°, 3. La mèche retirée de la plaie de l'omoplate est trempée de pus. Nous ne retrouvons plus aucun signe d'auscultation.

28 décembre. — La température se maintient à 38°, 2; nous refaisons 1/2 V. M., 1 V. M. le 29. L'état général paraît s'améliorer beaucoup. Le gonflement parotidien a considérablement diminué et la mobilité de ce bloc, très ramolli, a augmenté. On perçoit très bien des petits ganglions libérés de périadénite qui roulent sous le doigt. Mais on ne perçoit pas de fluctuation interne.

31 décembre. — 1 V. M. L'état de la plaie est excel-

lent, mais l'état général reste peu satisfaisant. La parotide très mobilisable est très dégonflée, le pharynx n'est plus rouge, l'amygdale très peu gonflée et revenue à sa place. La région n'est plus douloureuse. Une injection d'électrargol (10 cc.) remet notre malade complètement. Dès les premiers jours de janvier, la plaie de l'omoplate est en voie de guérison. Du côté de la parotide, dès le 5 janvier tout est terminé. Les injections de V. M. n'ont pas été étrangères à la rapidité avec laquelle s'est collecté le pus sous le sous-épineux, et il a certainement fait régresser la lésion parotidienne qui évoluait fatalement vers la suppuration.

OBSERVATION XII

G... (René), 33 ans, cultivateur. Antécédents H. C. et P. : néant. Mais faiblesse de constitution et mauvais état général.

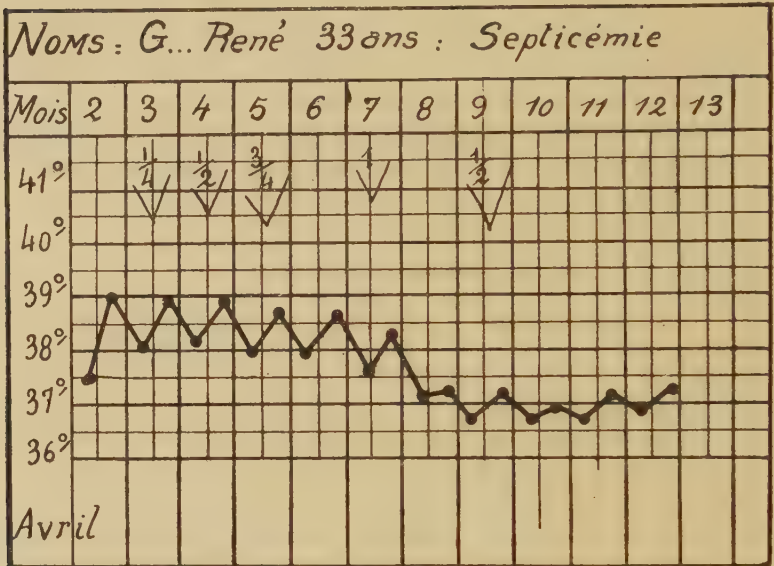
Se présente le 2 avril à l'hôpital, pour courbature et fatigue générale. A l'examen, on note une douleur dans toutes les articulations, avec atonie gastro-intestinale. Rien au cœur, rien aux poumons. Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig, conservation des réflexes rotuliens. L'examen des urines est négatif (sucre et albumine). Le foie est débordant d'un travers de doigt. La T. m. : 37°, 5, T. s. : 39°, 2. Nous traitons par potion au collargol.

3 avril. — On note quelques râles humides aux deux bases, une toux légère, avec apparition d'un ballonnement abdominal. T. m. : 38°, T. s. : 39°, 1. L'hémoculture donne uniquement la présence de staphylocoques. Nous faisons 1/4 V. M.

4 avril. — Nous faisons 1/2 V. M. T. m. : 37°, 9, T. s. : 38°, 9. Nous notons une forte réaction cutanée.

5 avril. — Très faible réaction. Aucun changement de l'état général. T. m. : $37^{\circ}, 8$, T. s. : 39° . Nous faisons $3/4$ V, M.

6 avril. — Persistance du ballonnement abdominal. Le foie déborde toujours d'un travers de doigt et reste douloureux. Rate non hypertrophiée. Sibillances dans



le poumon droit. Cœur normal. Pas de réaction. T. m. : $37^{\circ}, 9$, T. s. : $38^{\circ}, 8$.

7 avril. — Nous continuons le traitement par potion à l'acétate d'Az H³. Nous faisons de l'électrargol et 1 V, M. L'état général est meilleur, moins de torpeur, moins de ballonnement abdominal. T. m. : $37^{\circ}, 5$, T. s. : $38^{\circ}, 6$.

8 avril. — Nous notons, avec l'absence de réaction, un état très nettement amélioré. Disparition de signes pulmonaires et du ballonnement. Le foie, toujours

débordant, n'est plus douloureux. La T. m. : 37°, 3, T. s. : 37°, 9. Pas de réaction.

9 avril. — 1/2 V. M. Le malade va de mieux en mieux et on note, les jours suivants, une amélioration progressive avec tendance à la température vespérale. T. m. : 37°, 1, T. s. : 37°, 5.

Aucun signe n'a pu nous faire découvrir la tuberculose. Le malade, qui pesait 52 kilos à son arrivée, sort de l'hôpital, guéri, le 29 avril, pesant 56 kilos.

Revu le 15 octobre, il était en parfaite santé.

OBSERVATION XIII

L'abbé B... (F.-J.), 47 ans.

A. H. : Père mort tuberculeux. Mère morte cardiaque.

A. C. : Frères et sœurs morts à la naissance.

A. P. : Rougeole, scarlatine, dans l'adolescence.

Est resté sujet à des bronchites à répétition et à des crises d'entérite.

A l'âge de 30 ans, tuberculose pulmonaire guérie au bout d'un an de traitement.

Depuis, état satisfaisant.

En août 1922, le malade aurait eu une grippe intestinale avec participation vésiculaire et signes d'insuffisance hépatique.

Début. — En avril 1924, le malade se plaignait de violentes douleurs lombaires, de pesanteur abdominale et présentait un foie gros et sensible. Tout paraît rentrer dans l'ordre, et le malade ne s'inquiète pas.

Le 12 mai 1924, le malade recommence à souffrir du ventre, surtout dans le côté droit, accuse un engourdissement de la jambe gauche et avec une sen-

sation de gêne respiratoire, présente un point de côté à la base gauche.

A l'examen :

Poumons : Congestion pulmonaire des deux bases, surtout accusée à gauche.

Cœur : Rien d'anormal, pouls rapide 100, bien frappé, tension artérielle au Vacquez 12 1/2 à 7 1/2.

Foie : Non augmenté de volume, mais légèrement douloureux.

Le membre gauche inférieur est très œdédié, sans phlébite apparente.

Rein : L'examen des urines montre la présence d'une très petite quantité d'albumine.

La palpation abdominale montre dans la partie droite de l'abdomen montant de la fosse iliaque droite jusqu'au creux épigastrique. C'est une masse dure, régulière, non mamelonnée indolente et mobile. La température oscille autour de 39°.

Nous faisons, le 13 mai, 1/2 V. M., le 15 mai 1 V. M. et le 16 mai le malade est transporté à l'hôpital Saint-Joseph, où la série de vaccin va être continuée.

Le malade fait actuellement une congestion pulmonaire double, avec réaction pleurale et une phlébite gauche. La série de vaccin est reprise : le 17 mai, 1 V. M., le 20 mai, 1 1/2. A ce moment, une consultation a lieu en présence du professeur L... La tumeur abdominale est considérée par tous comme néoplasique, évoluant sur un terrain infectieux. La température dépasse 39° et les signes d'infection générale contre-indiquent toute intervention, même exploratrice.

Le 23 mai, on fait 1 V. M. Cette série d'injections a très favorablement modifié l'état pulmonaire. La tumeur abdominale donnait l'impression d'avoir sen-

siblement modifié de volume. La température, après avoir fait un plateau à 39° pendant dix jours, montant même le 18 mai à 39°, 7, était tombée à 38°. Et, avec un faciès moins altéré, le malade présentait déjà une amélioration considérable.

Le vaccin est cessé après le 26 mai, et quelques jours après on ne trouve plus aucun signe pulmonaire. Par contre, le 3 juin, la phlébite gagne le membre inférieur droit. On reprend alors une série complète de vaccin : 1/2 le 3 juin, 1 V. M. le 5 juin, 1 V. M. le 7, 1 1/2 le 9, 1 le 12, 1 le 14. Cette deuxième série devaccin, commencée à une température oscillant à 38°, plutôt au-dessus, ramène la température à la normale. Dès le 14, malgré la phlébite double, le malade oscille entre 37 et 37°, 5. L'état général se relève rapidement et la tumeur abdominale reste stationnaire. Le 1^{er} juillet, le malade est autorisé à se lever, les forces reviennent vite et le malade se lève chaque jour davantage. Cependant, le 9 juillet se déclare un commencement de pleurésie sèche, qui condamne le malade à nouveau au lit. Une semaine après, le 16 juillet, le malade sortait de l'hôpital. Nous l'avons revu au mois de novembre. Il était en excellent état général, et sa tumeur occupant la fosse iliaque droite se retrouvait encore, toujours relativement mobile, dure, indolore, mais de dimension moins grande.

Le diagnostic porté au début, de tumeur d'origine néoplasique, était certainement erroné. Et nous croyons que dans cette observation le V. M. a utilement agi sur l'élément infectieux qui avait conditionné les différentes manifestations accusées par le sujet. Le synchronisme existant entre la première série vaccinale du 13 au 25 ramenant la T. de 39°, 5 à 38°, le plateau à 38° du 25 mai au 3 juin, période d'arrêt du vaccin, la deuxième chute de température correspon-

dant à la deuxième série de vaccin du 3 juin au 14 juin, et l'atténuation des signes locaux et généraux parallèlement à l'action du vaccin sur la courbe thermique nous font croire à un indiscutable succès de notre large polyvalence.

VII

INFECTIONS POST-OPÉRATOIRES

Il arrive souvent que des malades présentent, après une intervention chirurgicale, des phénomènes relevant d'une infection indéterminée, sans que l'asepsie opératoire puisse être mise en cause. Et cependant les phénomènes septiques peuvent être très graves, mais il est impossible d'en préciser la nature. L'hémoculture est négative, et on est dans l'impossibilité de faire un prélèvement susceptible de permettre un autovaccin ou seulement capable d'éclairer la pathogénie.

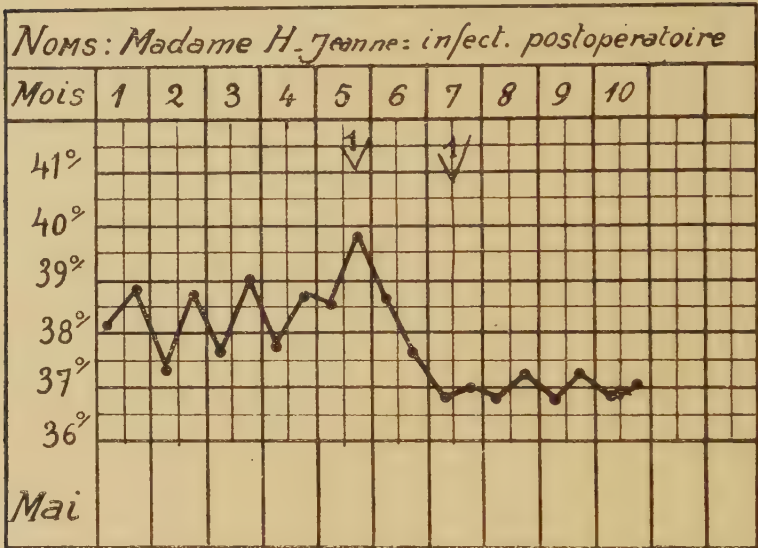
Dans ces cas, il faut agir vite, et le vaccin multivalent sera précieux. De plus, il aura toute chance d'agir, grâce à sa richesse microbienne.

Voici un cas dans lequel l'action de notre vaccin ne peut être mis en doute :

OBSERVATION XIV

M^{me} H... (Jeanne), 42 ans. Récemment opérée par hystérectomie abdominale totale. Les suites opéra-

toires avaient été un peu mouvementées, avec élévation thermique, pouls instable et très irrégulier, crises de suffocations fréquentes, surtout vers le huitième jour. On avait pensé à une embolie pulmonaire, mais cependant il n'existait pas d'expectoration, et tout rentrait dans l'ordre quelques jours après. La malade



était en convalescence lorsqu'elle fut prise, vers le 1^{er} mai, d'un malaise indéfinissable, avec frissons, douleurs abdominales violentes. Pas de vomissements, pas de tension abdominale, pas de signe de péritonite. Aucune localisation spéciale. La température présente de grandes oscillations, variant de 37° à 40°.

Le 1^{er} mai, T. : 38°, 7.

Le 2 mai, T. matin : 37°, 2; soir : 38°, 9.

Le 3 mai, T. matin : 37°, 5; soir : 39°.

Le 4 mai, T. matin : 37°, 6; soir : 38°, 8.

Le 5 mai, T. matin : 38°, 5; soir : 39°, 9.

En présence d'une courbe thermique progressivement grimpante, avec des fortes oscillations du matin au soir, et dans l'impossibilité où l'on se trouve de préciser la nature de l'infection, on fait, le 5 mai au soir, une forte injection de V. M., soit 1 V. M.

L'effet du vaccin est vraiment frappant. La température tombe en ligne droite, donnant 38°,6 le 6 au matin et 37°,6 le soir. Le 7, T. matin : 36°,8; soir : 37°. La température se maintient dès lors voisine de 37°. Nous faisons par prudence, le 7 mai, une deuxième injection de 1 V. M. Tous les symptômes alarmants ont disparu, et la température reste normale.

Nous n'interpréterons pas ce résultat, mais il est d'une extraordinaire netteté : nous tenons à signaler que l'injection vaccinale est la seule thérapeutique qui a été employée chez notre malade.

VIII

OTORHINOLARYNGOLOGIE

L'emploi des vaccins microbiens tend à se généraliser de plus en plus en O-R-L, mais ce sont le plus souvent des vaccins autogènes que l'on a employé jusqu'à ce jour. Quelques essais de stock-vaccin furent faits avec des vaccins à faible valence, et ils ont montré qu'il était justiciable de faire appel à eux quand les traitements classiques étaient impuissants ou insuffisants.

Il nous a paru possible d'étendre le nombre des microbes contenus dans ce vaccin, surtout quand on songe à la richesse de la flore rhino-pharyngée. Et dans les cas de tendance à la suppuration, les mêmes moyens de défense de l'organisme sont mis en œuvre, quelle que soit la région intéressée.

Nous avons été frappé surtout de la rapidité avec laquelle cédaient des infections pharyngées diffuses, avec rougeur de tout le pharynx, gonflement amygdalien et périamygdalien, et sensibilité extrême de toute la région.

OBSERVATION XV

J... (Maurice), 11 ans. Hémophyle qui devait être opéré de végétations adénoïdes avait été préparé par des injections de sérum de Dufour et Le Helle, puis soumis à un examen de sang au point de vue coagulation par un labo sérieux; le temps de coagulation était normal. Opération sans incident, le 19 juin, à 9 heures du matin. A 11 heures, hémorragie abondante, nécessitant un tamponnement postérieur du cavum large et serré. Les injections de peptones furent impuissantes, et le tamponnement doit être renouvelé tous les deux jours jusqu'au 6 juillet. Il se produit à cette date une hémorragie si abondante qu'il faut recourir à une transfusion de sang. La transfusion rendit au sang sa coagulité normale et, à la condition d'être renouvelée 20 cc. tous les deux jours, permit une cicatrisation normale du cavum sans nouvelle alerte.

Au cours de ce traitement, il se produisit une otite double, le 2 juillet, qui s'accompagna le 3 juillet de douleur de la mastoïde droite, avec émission de pus teinté de rouge. C'était une complication redoutable dans l'état où était l'enfant, qui n'aurait pu supporter l'intervention, et rien, d'autre part, ne permettait de supposer que les complications s'arrêteraient à la mastoïde et ne la dépasseraient pas. On parla d'auto-vaccin, mais il fallait au minimum deux jours pour le préparer. Le V. M. est alors proposé en garantissant le résultat, ayant été, dans un cas semblable, antérieurement éprouvé.

3 juillet : une première injection d'une ampoule

entière fut faite le jour même. Le lendemain, le pus avait perdu la coloration rouge.

5 juillet : on fait une deuxième injection, même dose.

Le 6 juillet, l'auto-vaccin est prêt, mais on préfère s'en tenir au V. M., qui a nettement amélioré la situation. Les symptômes de mastoïdite s'effacent du côté droit, mais la douleur se précise dans l'oreille gauche, et le 7 on voit déclarer une otite gauche. On fait à nouveau 1 V. M., et 1 V. M. le 9, puis le 11 juillet. Tout rentre dans l'ordre, et le 17 juillet la guérison complète de l'otite double est obtenue, l'oreille droite précédant la gauche de quatre jours.

Ainsi, le V. M. permet la cicatrisation double, arrête et fit rétrocéder une mastoïdite, alors que le tamponnement d'un cavum septique, cause de tout le mal, était continué et entretenait un bouillon de culture qui devait logiquement mener à des complications d'une extrême gravité.

OBSERVATION XVI

L... (Jean), 48 ans. Vieil alcoolique, venant à la consultation en se plaignant de l'oreille. Il présente un tympan rouge, très bombé, avec otite moyenne de l'oreille droite le 7 janvier. Il est envoyé au spécialiste, qui fait immédiatement la paracentèse.

Le lendemain, 8 janvier, il se présente à nouveau, se plaignant de douleurs dans l'oreille gauche. Le spécialiste avait trouvé son tympan rouge, mais il ne bombait pas.

Nous nous décidons à faire une ampoule de V. M. entière, car l'oreille droite suppure beaucoup, sans aucune température. Nous n'obtenons aucune réaction (intra musculaire).

Nous faisons, le 10, une deuxième injection d'une ampoule entière. Le 11, nous constatons l'arrêt absolu de la suppuration dans l'oreille droite et diminution notable de la douleur dans l'oreille gauche.

Le 12, nous avons fait une troisième injection d'une ampoule entière, et tous les phénomènes cessent.

Parallèlement, nous avons traité la gorge, par gargarismes et badigeonnages. Mais nous avons obtenu en cinq jours un résultat remarquable : une cédation complète, sans aucune réaction ni locale ni générale. La forte dose d'attaque n'est pas étrangère à ce résultat, l'état général nous ayant permis l'essai. (Choc).

OBSERVATION XVII

M... (Appolinaire), 25 ans, de la Réunion : abcès phlegmoneux de la gorge. Aucuns antécédents, ni héréditaires, ni collatéraux, ni personnels. Le 29 janvier, est pris d'un violent mal de gorge, avec frissons et fièvre. Se couche et, le 30, se présente pour être hospitalisé.

A l'examen, rougeur diffuse à tout le pharynx, congestion des amygdales, de la luette, des piliers. Les amygdales gonflent, bombent dans le pharynx, se rejoignant presque sur la ligne médiane. On traite par des lavages chauds de la gorge, compresses chaudes permanentes. T. : 38°,3; les douleurs sont spontanément violentes. Poumon et cœur : négatif.

Le 1^{er} février, T. : 38°,9. Le malade n'a pas dormi, se plaint de douleurs très violentes dans la gorge, est très angoissé et ne peut parler. La température monte le soir à 39°,6.

Nous entreprenons alors une série de vaccins : 1/2 le 1^{er} février. Le 2 février, les phénomènes locaux

s'accroissent, sans que l'on ait au toucher la sensation de fluctuation. T. soir : $39^{\circ},8$. Le 3 février, au matin, nous faisons 1 V. M. T. matin : $38^{\circ},6$; soir : $39^{\circ},2$. Le 4 février, la température paraît vouloir baisser : la gorge est moins douloureuse, et le toucher pharyngien donne la sensation d'un ramollissement. Une incision est immédiatement pratiquée, qui donne issue à une cuillerée à soupe environ d'un pus épais, très lié. N'ayant eu aucune réaction la veille, nous faisons 1 cc. $1/2$ V. M. T. : $38^{\circ},2$, sans que nous notions aucune réaction, ni locale ni générale. Le traitement sera poursuivi par compresses chaudes, gargarismes phéniques et vaccin.

Le 6 février, 1 V. M.; la température est revenue presque normale, marquant T. matin : $37^{\circ},6$, soir : 38° . La rougeur diffuse de la gorge entière a disparu. Mais nous notons la persistance de douleur, rougeur, avec ténacité de l'amygdale gauche. Nous continuons alors le V. M. suivant le rythme : 1 V. M. le 8 février, 1 V. M. le 10 février, $1/2$ V. M. le 12 février. La température, durant ces six jours, baisse insensiblement. La congestion du pharynx disparaît, mais avec la persistance du gonflement de la luette et de l'amygdale gauche, nous notons une adénite cervicale principalement à gauche.

Nous refaisons $1/2$ V. M. le 14 février et $1/2$ V. M. le 16, et nous constatons la disparition totale de l'œdème, de la rougeur, de la douleur, et la diminution très rapide de l'adénite. Le phlegmon a évolué en somme avec une très petite incision vers une résorption, que nous n'aurions pu obtenir, sans le concours du V. M., aussi rapide et aussi complète.

OBSERVATION XVIII

S... (Bastide), 20 ans, cultivateur. A été traité dans les dix derniers jours d'avril pour une grippe, avec courbature et légère congestion des bases. Le malade se présente à nous le 5 mai, avec P. : 98, T. : 39°.

A l'examen de l'appareil respiratoire : en avant, quelques gibillances; en arrière, submatité du sommet droit. Examen cœur : négatif ; appareil digestif : négatif.

La langue est blanche; la gorge rouge généralement, avec gonflement douloureux du pharynx et très grosses amygdales. L'analyse d'urine est négative.

Nous commençons une série de vaccins le jour même, très prudemment : 1/4 V. M., et ne traitons que par gargarismes. Nous faisons 1/2 V. M. le 8 et 1 V. M. le 10. Nous notons à ce moment une réaction locale assez vive, avec douleur et rougeur. Les phénomènes locaux du côté du pharynx paraissent ne pas céder cependant : si la douleur a disparu, la rougeur persiste, avec un peu moins de gonflement des piliers, de la luette et des amygdales. Des petits ganglions, sans périadénites, sont sentis sous l'angle de la mâchoire. Nous faisons, le 12, 1/2 V. M. seulement, et comme il n'y a pas de réaction, nous faisons, le 13, de nouveau 1 V. M. Cette nouvelle injection ne donne aucune réaction, et le 14 nous observons une amélioration considérable. En trois jours, sans nouvelle injection, tout rentre dans l'ordre. Le malade sort guéri le 28 février.

OBSERVATION XIX

G... (Adrien), 22 ans, ajusteur-tourneur. Le 2 juin, plaie par éclat métallique rétroauriculaire.

Le 3 juin, le blessé se présente. T. matin : $38^{\circ},8$, avec région auriculo-mastoïdienne généralement douloureuse. De sa plaie s'échappe un liquide jaune sale, teinté de sang. L'orifice d'entrée est agrandi, et le petit éclat est retiré sous la mastoïde. Après nettoyage, la plaie est tamponnée avec une mèche trempée dans du baume du Pérou. La douleur est très vive à la pointe de la mastoïde, et nous craignons une complication septique. Nous faisons immédiatement une injection 1/2 V. M.

Le 4 juin, nous notons une assez forte réaction cutanée. La région blessée est très douloureuse; le pansement qui donne du pus est refait. T. matin : $37^{\circ},8$; soir : $38^{\circ},5$.

Le 5 juin, 3/4 V. M.; réaction moins forte. La douleur locale est toujours violente à la pression de la mastoïde.

Le 6 juin, la douleur paraît atténuée, mais la rougeur locale est toujours violente à la pression de la mastoïde.

Le 8 juin : 1 V. M. La douleur a complètement disparu.

Le 9 juin, la rougeur disparaît à son tour; on ne note plus de suintement; la température est redevenue normale. La mèche est retirée et, sans complications, on obtient la cicatrisation complète le 20 juin.

Coryza et rhino-pharyngites chroniques

OBSERVATION XX

M^{lle} D... (Madeleine), 19 ans. A fait une forte grippe il y a quinze mois, et depuis elle ne cesse de se moucher abondamment et d'éternuer. La gorge est rouge, granuleuse, les amygdales hypertrophiées. A été traitée localement sans succès depuis un an.

L'examen microscopique de frottis nous donne de très nombreux staphylocoques, beaucoup de pneumocoques, de nombreux bacilles au grain négatifs et quelques chaînettes de streptocoques. On y voit une quantité de leucocytes polynucléaires altérés.

Les cultures faites sur sérum solidifié et sur gélose montrent de nombreuses colonies de pneumocoques et quelques colonies de staphylocoques, de catarrhalis et de Friedlander. On essaye une série de V. M. et l'on fait le 5 janvier 1 V. M., 3/4 le 7, 1 le 9, 1 1/2 le 11. A ce moment, on note une amélioration très sensible. Le coryza a diminué, et l'écoulement nasal, de purulent, est devenu muqueux. La série est poursuivie par 1 le 14, 1 le 16 et 1/2 le 18. L'état local est transformé. Les chatouillements ont disparu et les granulations pharyngées se sont affaissées, et la congestion de la gorge a rétrocedé. La guérison n'est pas complète, mais laisse espérer qu'une nouvelle série vaccinale viendra à bout de l'infection. Le vaccin est repris le 10 février, et en quatre injections on obtient la disparition des symptômes qui existaient depuis plus d'un an.

IX

ABCÈS DU SEIN

Nous avons fréquemment employé le multivalent dans des abcès du sein, chez des femmes en cours de lactation. Et souvent quelques-unes d'entre elles venant tout au début, alors que la palpation pouvait sentir un noyau induré au milieu d'une petite zone empâtée et douloureuse, il nous a été possible de faire régresser la lésion en une série progressive de trois ou quatre injections, en évitant ainsi l'incision.

Dans d'autres cas, alors que l'évolution vers la suppuration était fatale du fait de l'étendue de la lésion, le vaccin multivalent à forte dose avait une action contraire et, précipitant l'évolution, hâtait la fluctuation, favorisait la collection, qui pouvait être incisée dès la deuxième injection ; mais le vaccin avait utilement préparé le terrain, et une très petite incision suffisait à vider l'abcès, sans que l'on ait à redouter ultérieurement la formation de nouveaux clapiers.

FURONCULOSE ET ANTHRAX

Il est aujourd'hui classique de traiter la furonculose par des vaccins monovalents ou par auto-vaccin. Si les résultats obtenus sont généralement bons, il faut bien reconnaître que, dans quelques cas, la furonculose se montre particulièrement tenace, disparaissant pour reparaître peu après sans raison apparente. Dans ces cas rebelles, nous avons fait du multivalent, qui nous a donné des résultats nous semblant meilleurs, puisque nous l'avons vu agir plus efficacement que les stock-monovalent et même que l'auto-vaccin.

Dans les anthrax traités uniquement par le multivalent, nous sommes parfois arrivé à éviter l'intervention. Et dans les cas où l'acte chirurgical était jugé nécessaire, le multivalent atténuait rapidement la douleur, abrégait la période de suppuration, précipitait l'élimination des bourbillons et des débris sphacélés, redonnant ainsi très vite à la plaie l'aspect rouge et saignant des tissus en état de défense.

OBSERVATION XXI

D... (Pierre), 20 ans, ouvrier agricole. Blessure septique à la face par éclats divers, remontant à huit jours et mal soignée. Se présente à l'hôpital le 20 juillet. On constate l'existence d'un œdème de la paupière supérieure droite, avec présence d'un gros furoncle au niveau de la paupière inférieure droite, avec conjonctivite. Il existe aussi un gros furoncle à la hauteur de l'os malaire gauche, et un autre au menton. Traitement : lavages à l'eau camphrée, collyre, collargol et vaccin. 1/2 V. M. le 20 juillet, 3 le 21, et 1 cc. le 22; nous notons à ce moment une assez forte réaction locale, mais la douleur au niveau de l'œil a disparu. Les furoncles semblent diminuer de volume et tendent à se résorber. Nous faisons, le 24, 1 cc. V. M., 3/4 le 25 et enfin 1/2 le 26. Il est remarquable de voir progressivement résorber les furoncles et disparaître très rapidement la conjonctivite, sans autre traitement. Quatre jours après, la furunculose est éteinte sans avoir nécessité d'incision, et le malade sort guéri le 1^{er} août, ne présentant aucune cicatrice et sans avoir fait de température. Revu au mois de novembre, il n'accusait aucune récurrence.

OBSERVATION XXII

D... (Maurice) : furunculose dorsale, consécutive à une chute sur le dos. A fait une chute le 10 juillet, après laquelle il a été contusionné. Deux abcès du dos ont été soignés, avec curettage, autour desquels se sont greffés de petits furoncles, couvrant une surface de 20 cm. de côté. Se présente le 25 juillet à la consultation, avec une dizaine de furoncles, formant un gros

placard douloureux siégeant dans la région lombaire. Nous traitons uniquement par une série de vaccins multivalents, tout en recouvrant la région lombaire d'une pommade au collargol, sans inciser. Nous faisons 1/2 V. M. le 25 juillet, puis 3/4 le 27. Légère réaction locale. Le 29, nous faisons 1 V. M. La douleur a disparu et les furoncles semblent avoir diminué de volume. Ils sont surtout très nettement séparés, et sans empatement. Le 1^{er}, à nouveau 1 cc., et 1/2 le 3 août. Les furoncles ont très rapidement régressé, et se résorbent sans que un seul suppure. Nous cessons le vaccin alors que la rougeur locale a totalement disparu. Le 11 août, le malade sort de l'hôpital totalement guéri, mais on constate la persistance d'un érythème à la partie moyenne du dos.

OBSERVATION XXIII

G... (Richard), 24 ans, importateur. Antécédents chargés : père mort de pneumonie; mère morte après l'accouchement; grand'mère maternelle : cancer de l'estomac; grand'père mort : coma diabétique; personnellement : rougeole, coqueluche, scarlatine, variole, angines et bronchites à répétition, avec laryngites. Crises hépatiques, avec léger subictère et entérite intermittente. Se présente le 3 mai à la consultation. Il dit avoir eu depuis le 15 mars des furoncles disséminés au cou et à la cuisse droite, dont quelques-uns ont été ouverts au thermo. A l'arrivée, l'examen des grands appareils est négatif. Pas de température. On constate l'existence de cinq gros furoncles sur la face antérieure de la cuisse, un dans la région lombaire au niveau du bord droit de la première lombaire, et trois à la face postérieure du cou : ils sont d'une teinte

violette, et tendent au ramolissement. Nous mettons le malade au régime végétarien, avec poudre alcaline avant chaque repas, et nous donnons à l'intérieur une potion au collargol. Nous faisons du vaccin multivalent : 1/2 le 3 mai, 3/4 le 5 mai, 1 cc. le 7 mai, et 1 cc. 1/2 le 9 mai. A cette date, les furoncles ont tous très diminués de volume, leur sommet se trouve affaissé et se présente moins foncé, sans tendance au ramolissement. Comme nous n'avons pas noté de réaction, nous injectons à nouveau 1 cc. le 11 mai et 1/2 le 13. Les furoncles se sont éteints spontanément, la peau est redevenue souple, et nous notons une légère réaction au niveau des furoncles multiples, caractérisée par une rougeur circulaire. Nous n'avons pas noté d'élévation de température, et le malade sort le 15 mai, définitivement guéri.

OBSERVATION XXIV

J... (Laurent), 39 ans : anthrax du cou. Anthrax gros comme une paume de main, occupant toute la face postérieure du cou. Se présente le 23 mars. Nous injectons 1/2 V. M. et le lendemain 1 cc. V. M. Le 25 mars, sous l'influence du vaccin, nous avons obtenu un franc ramolissement, et nous incisons très profondément, en croix. Nous curetons le fond de l'anthrax, qui reste malgré cela anfractueux. Tout autour, rougeur extrême. Le 26 mars, la plaie donne une grande quantité de pus; on fait 1 cc. 1/2 de V. M. et, dès ce moment, les phénomènes douloureux ont cédé complètement. La rougeur environnante a disparu. Nous n'avons aucune réaction, la plaie donne de moins en moins de pus, et le 28 de gros bourbillons s'éliminent facilement. Nous faisons encore 1 cc. de V. M. : il n'existe plus de suppuration, et nous faisons simple-

ment un enfumage iodé et un pansement au collargol. Le 30, la plaie est en voie de cicatrisation, et ses bords ne sont plus rouges. En quelques pansements secs, à plat, nous obtenons une cicatrisation parfaite, et le malade sort guéri le 6 avril. Dans des cas très nombreux, nous avons pu constater que l'emploi du multivalent était d'un précieux concours dans l'arrêt de la suppuration, dans l'élimination des bourbillons et dans la régularité de la cicatrisation.

OBSERVATION XXV

M^{lle} M..., 18 ans : Erythème psoriasiforme. Se présente à la consultation, avec de très nombreux nodules sur tout le corps. Leur aspect est psoriasiforme, mais leur apparition est relativement récente, datant de un mois environ, avec tendance à la généralisation. Ils n'occupent pas électivement les sièges habituels du psoriasis, mais causent de continuelles démangeaisons. L'état digestif est défectueux, avec état saburral, subictère, et léger ballonnement abdominal. La malade avait été antérieurement traitée au benzonaphtol, aux laxatifs, et l'état était resté stationnaire. Nous faisons une première injection de multivalent de 1/4 le 16 mars, et on fait la série complète, soit 1/4 le 18, 1 cc. le 20, puis 1 1/2 le 22 et 1 cc. le 24 mars. A la fin de la série, les éléments ont tendance à polir et à s'effacer progressivement. Du 1^{er} au 10 avril, on fait une deuxième série de vaccins, à la suite de laquelle l'érythème disparaît, parallèlement à une amélioration des fonctions digestives. Nous avons pu suivre la malade qui n'a, depuis, jamais présenté de rechute.

XI

INFECTIONS GONOCOCCIQUES

L'effort des bactériologistes a porté plus spécialement sur ces gonococcies, que l'on a reconnu être, dans la très grande majorité des cas, des infections à flore associée. Et, dans bien des cas d'écoulement gonococciques, nous avons associé l'action du vaccin spécifique à notre vaccin multivalent, que nous injectons dans la même seringue à parties égales.

Nous avons constaté que, alors que le vaccin spécifique donnait le plus souvent une réaction parfois violente, nous n'avions, par cette association vaccinale, qu'une réaction presque négligeable. Nous avons trouvé aussi l'action de cette méthode plus active sur la douleur et sur l'écoulement. Notre vaccin multivalent, peu riche en gonocoques, se trouvait ainsi renforcé et agissait à la fois sur ce microbe et sur ses associés.

OBSERVATION XXVI

B... (Germaine), 20 ans. Se présente le 10 mars, avec des signes de cystite et un écoulement purulent reconnu gonococcique. A l'interrogatoire, on apprend qu'il remonte à trois mois environ, non soigné depuis. La malade présente une vaginite intense, rendant le toucher vaginal extrêmement douloureux, avec contractures violentes. La malade reçoit, le 10 mars, une première injection de 1 cc. de vaccin, composé par moitié de vaccin gonococcique pur et moitié de V. M. Le 12 mars, elle reçoit 1 1/2; le 15, 2 cc. Nous n'avons noté qu'une très faible réaction au cours de ces injections. Les phénomènes de cystite ont disparu dès le 15 mars. Le 16 mars, nous touchons la malade, qui n'éprouve que très peu de douleur, se laisse facilement examiner. Les muqueuses ne sont plus irritées, sont beaucoup moins sensibles, et l'écoulement, tout en ayant considérablement diminué, a changé de caractère. Il était jaune épais, empesant le linge. En six jours, il est devenu séro-purulent, sans odeur, mais renferme encore quelques gonocoques.

La série d'injections est terminée en faisant à nouveau 2 cc. le 18 mars, car la malade avait déjà très bien supporté cette dose, 1 1/2 le 21 mars, 1 le 23 mars, et 1 cc. le 25 mars.

A cette date, l'écoulement a disparu, les muqueuses vaginales et vulvaires sont redevenues normales, et la malade est renvoyée chez elle. Elle avait simplement pris deux injections vaginales chaudes par jour, au cours de ce traitement.

OBSERVATION XXVII

M^{me} B... (Jane) : Bartholinite, avec adénite inguinale. Présente, le 5 mars, un léger gonflement de la glande gauche, avec une grosse adénite inguinale gauche. Au niveau de l'aîne, la peau est très rouge, la région est douloureuse à la palpation, et donne la sensation d'un gâteau évoluant vers la suppuration. Nous injectons 1 cc. le 5 mars, puis 1 cc. 1/2 le 7 mars et 1 cc. le 10 mars. Nous avons noté la disparition très rapide de la douleur et de l'adénite. Dès le 12 mars, la palpation ne permet plus de sentir ni adénite, ni périadénite, la glande est indolore et le pus se résorbe lentement.

OBSERVATION XXVIII

M^{me} L... (Elise) : Bartholinite droite. La glande droite est grosse comme une noix, très saillante, toute la région est douloureuse, mais sans fièvre. Il existait en même temps une vulvite et une vaginite intense. Nous avons associé le multivalent au vaccin antigonococcique, en faisant le 20 janvier 1925 une injection du mélange suivant : 3/4 de V. M. et 1/4 de vaccin antigonococcique. La malade accuse une très forte réaction, avec frissons, fièvre, etc. Le 22 janvier, la glande paraît avoir diminué de volume, et la région est déjà moins douloureuse. Nous injectons, le 22 janvier 1/4 de V. M., ajouté à 1/2 de vaccin antigonococcique. Le 27 janvier, on fait 1 1/2 V. M., avec 1 cc. de vaccin antigonococcique. Pas de réaction. La bartholinite a totalement disparu, ainsi que la douleur; elle sort guérie le 31 janvier.

Infections vésicales d'origine plurimicrobienne chez la femme

Indépendamment des infections vésicales d'origine rénale ou sanguine, il faut considérer, chez la femme, la fréquence des infections ascendantes d'origine génitale. Le polymicrobisme de ces accidents est une indication formelle de la vaccination multivalente.

OBSERVATION XXIX

M^{me} M... (Jeanne), 49 ans. Cystite gonococcique et plurimicrobienne. A présenté récemment des accidents génitaux. Bartholinite, leucorrhée, uréthrite. En mai 1924, elle est prise de très vives douleurs vésicales, avec tous les signes d'une cystite grave. Le 12 mai, l'analyse microscopique de l'urine donne : assez nombreux leucocytes, pus peu abondant, quelques globules rouges, pas de cylindres.

Les frottis ne montrent pas de bacilles de Koch, mais quelques diplocoques ne prenant pas le gram, certains intra-leucocytaires, présentant les caractères du gonocoque. Quelques rares diplocoques prenant le gram.

Les cultures sur gelose et en bouillon donnent des colonies de staphylocoques et quelques rares colonies d'entérocoques.

On fait une série vaccinale, par association à parties égales de V. M. et de V. A. G. On fait, le 14 mai, une injection de 1/2 V. M. avec 1/2 V. A. G., le 17 3/4 de chaque, et le 20 mai 1 V. M. et 1 V. A. G. Cette

dose, parfaitement tolérée, est conservée pendant trois injections, puis on redescend pour finir la série. Tous les symptômes cessent dès le 22 mai, et la guérison apparaît complète le 11 juin. Les examens et les cultures montrent à cette date que le gonocoque a entièrement disparu, ainsi que les autres bactéries. Seuls persistent quelques rares entérocoques.

URETHRITES CHRONIQUES

Il est banal de parler des uréthrites chroniques non guéries et de leurs méfaits. Certains malades peuvent de bonne foi se croire inoffensifs, et provoquent de graves accidents.

Ces uréthrites sans écoulement, même matinal, seraient décelés par l'examen bactériologique du sperme. Un traumatisme vénérien, une infection intercurrente peuvent réchauffer et réveiller le microbisme latent, stimuler l'activité nocive des saprophytes, occupant discrètement les positions. L'association microbienne est de règle, et la vaccination multivalente sera indiquée, non seulement pour traiter le sujet, mais aussi au titre préventif.

OBSERVATION XXX

D... (Georges), 52 ans. Blennorrhagie ancienne, guérie en apparence. Il remarque depuis quelques jours,

le matin, un léger écoulement sans cause connue. L'examen microscopique montre de nombreux leucocytes conglomérés, quelques rares gonocoques intra et extra-leucocytaires, un petit nombre d'entérocoques et beaucoup de staphylocoques. Des instillations, des massages de la prostate ont été faits par un spécialiste, mais n'ont amené aucune amélioration.

Nous pratiquons la vaccination par association de V. A. G. et V. M., dans les proportions suivantes : V. A. G. : 1/2; V. M. : 1. La première injection, faite le 2 octobre 1922, est suivie d'une forte réaction fébrile, avec brûlure dans l'urèthre. Deux jours après l'écoulement diminue, puis cesse après la seconde injection, faite le 5 décembre. La série est cependant poursuivie; on fait jusqu'à 2 cc. le 8, puis 1 1/2 le 11. La guérison est obtenue à cette date, et elle s'est maintenue jusqu'en juin 1924.

A cette époque, au 18 juin 1924, un nouvel écoulement, contenant du gono et du staphylo, est apparu. Mais il a été vraisemblablement provoqué par une réinoculation. Le résultat de la vaccination pratiquée à nouveau dans les mêmes conditions a été identique et obtenu avant la fin de la série vaccinale. La guérison s'est maintenue depuis.

Infections génitales diffuses chez l'homme

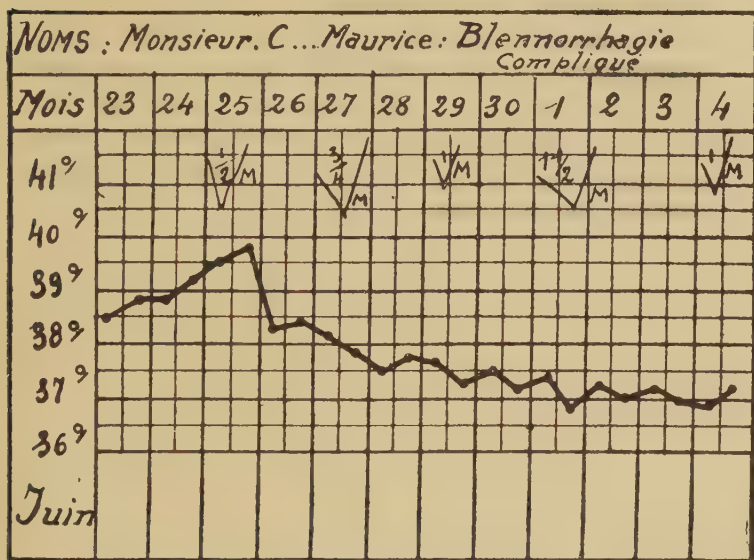
De même que, chez la femme, l'infection génitale, polymicrobienne, peut envahir l'utérus, les annexes, le tissu cellulaire pelvien, de même, chez l'homme, il existe des infections associées au gonocoque avec

des localisations multiples, et entraînant de graves phénomènes généraux.

Dans l'un comme dans l'autre cas, le vaccin multivalent se montre également actif.

OBSERVATION XXXI

C... (Maurice), 25 ans. Vers le 10 juin, apparaît un écoulement urétral, qui a été traité par grands lava-



ges. Nous le voyons, le 21 juin, pour la première fois. Il fait 39° de fièvre. L'état général est mauvais, il a des nausées et se plaint de céphalé, de douleurs abdominales, d'élançements périnéaux et inguinaux. Pas d'orchite. Les ganglions inguinaux sont peu hyper-

trophés mais très douloureux à la palpation, et on constate l'existence d'un œdème suspubien.

Le toucher rectal montre une prostate douloureuse, gonflée. Le périnée est très sensible au palper.

L'examen de l'écoulement ne montre que du gonocoque, mais cette menace de suppuration, cette lymphangite diffuse permet de diagnostiquer une association microbienne qui indique les injections de V. M.

Le 25 février, première injection de 1/2 V. M. Le 27 on fait 3/4 V. M., le 29 1 V. M., le 1^{er} juillet 1 1/2 V. M., et 1 V. M. le 4 juillet. Les symptômes locaux avaient très rapidement rétrocedés. La température, dès le 1^{er} juillet, est redevenue normale et se maintiendra telle. L'écoulement persiste cependant encore, bien que très diminué, et on continue les injections à partir du 8 juillet, par association à parties égales de V. M. et de V. A. G., jusqu'à guérison complète, au 15 juillet.

XIII

PYÉLONÉPHRITES

Le traitement vaccinal est parvenu très rapidement à provoquer la disparition de la douleur rénale, la chute de la température, et a abouti, avec un prompt éclaircissement des urines, à leur stérilisation progressive. Les urines, examinées à plusieurs reprises, ne montraient plus, après une série de multivalent, ni albumine, ni pus. Seuls persistaient quelques colibacilles.

La vaccination fut employée au cours des pyélonéphrites par quelques praticiens, mais avec une association microbienne restreinte, et elle leur avait donné, notamment avec le vaccin colisoude de Maute, de bons résultats. Mais, pour notre part, nous avons employé le multivalent dans des cas où les vaccins locaux n'avaient pas amené d'amélioration, et nous avons été souvent satisfait.

OBSERVATION XXXII

D... (Paul), 32 ans. Se présente le 30 avril à la consultation, se plaignant des reins, d'un point de

côté droit, à la hauteur du mamelon, sur la ligne axillaire, fatigue générale, courbature, avec anorexie et état subfébrile. T. : 37°,8; P. : 82. A l'examen, la matité de la moitié inférieure du poumon droit, l'augmentation légère des vibrations et l'apparition de quelques sous-crépitaux à la fin de l'aspiration signalent une lésion sous-jacente. L'examen du cœur est négatif. La palpation abdominale ne donne rien qu'une douleur dans la région lombaire à la palpation profonde, surtout du côté droit. Le rein droit est douloureux, mais ne paraît pas augmenté de volume ni déformé. Les urines sont troubles à l'émission et laissent déposer un culot jaunâtre, dans lequel on décèle du pus. A l'examen microscopique, après centrifugation, nous y reconnaissons des globules de pus, des streptocoques, des staphylo, des leucocytes et des cylindres, mais pas de bacilles de Koch. La T. : 38°,6.

Le 1^{er} mai, nous faisons de la révulsion sur l'hémi-thorax droit, injection d'électrargol, boissons chaudes, et aussi sur la région rénale avec, à l'intérieur, 1 gr. d'urotropine par jour. L'état général est profondément altéré, et les urines tendent à devenir franchement purulentes. T. matin : 38°,2; soir : 39°,1.

Le 2 mai, nous commençons une série de multivalent en présence de l'ascension thermique, du caractère de plus en plus purulent de l'urine et du mauvais état général persistant. Nous faisons ainsi 1/2 V. M. le 2 mai, 3/4 le 4, 1 cc. le 6, 1 1/2 le 9. Le 3, le 4 et le 5, la température continue de monter, et cependant le vaccin ne donne aucune réaction locale, allant jusqu'à 39°,6 le 5 au soir. Dès le 6, elle commence à baisser, les urines sont moins troubles et la douleur lombaire a disparu. Le 8, la T. matin : 37°,8; soir : 38°,5. Le 9, la T. soir : 38°,2, malgré la forte quantité de vaccin injecté dans la matinée, et nous n'avons aucune réaction.

Le 11, la température est redevenu normale, et les urines beaucoup plus claires. Nous faisons encore 1 V. M., et le 13 tout est rentré dans l'ordre. Les urines ne renferment plus que quelques leucocytes et quelques cylindres.

L'état pulmonaire s'était amélioré dès les premiers jours, et le malade sortait de l'hôpital le 17 mai.

OBSERVATION XXXIII

D... (Valentin), 33 ans.

Malade entré à l'hôpital pour fracture ouverte des os de l'avant-bras, le 15 mars. Le blessé se plaint de courbature, de rachialgie, d'anorexie, avec état sub-fébrile. L'examen, au point de vue cœur et poumon, est négatif. Seule est retenue la sensibilité bilatérale de la région rénale. A la palpation, les reins ne sont pas descendus, mais paraissent augmentés de volume, et sont douloureux à la pression. Les urines recueillies sont abondantes (1.600 cc.), mais très nettement purulentes et déposent beaucoup. Le dépôt, examiné, révèle des cylindres en dégénérescence, signant une néphrite, et de grosses cellules vésicales, avec abondance extrême de colibacilles, de strepto, de staphylo, sans bacille de Koch. Le malade est mis au lait, aux boissons abondantes, et traité uniquement au vaccin multivalent et à l'urotropine à faible dose. T. : 38°,6; P. : 100.

Nous commençons, le 16, une série de vaccins, très lentement progressive : 1/4 le 16, 1/2 le 17, 3/4 le 19, 1 cc. le 21, et comme nous observions une parfaite tolérance, nous injectons 1 cc. 1/2 le 24, pour descendre le 27 à 1 cc. V. M. et 1/2 cc. le 29 mars. Au cours de cette série, nous n'avons noté aucune réaction, ni

locale ni générale. La température baissait progressivement pour revenir à la normale vers le 25, et la douleur lombaire disparaissait dès la troisième injection. Les urines, dès le 25, étaient redevenues presque limpides et contenaient encore dans leur dépôt quelques stérpto et staphylo. Lors de la dernière injection, le 29 mars, les urines étaient limpides, et l'examen du culot de centrifugation révélait une flore microbienne extrêmement pauvre.

Dans le but de stériliser complètement le sujet, nous injectons encore 1/2 V. M. le 5 avril, 1 cc. le 7 et 1/2 le 9.

Le malade est sorti guéri le 10 avril.

OBSERVATION XXXIV

M^{me} V... (Blanche). Pyelonéphrite à colibacille au début d'une grossesse. La malade accusait des crises douloureuses, avec élévations thermiques. La symptomatologie était au complet. Elle subit d'abord une série de vaccins spécifiques, en période d'infection légère, avec une température oscillant entre 38° et 38°,5. A cette époque, la malade n'accusait encore que peu de douleur. On fit alors de l'auto-vaccin à coli. Dès la première injection de 1/2 cc., frissons, douleur lombaire, diminution des urines, qui étaient déjà très troubles, puis élévation thermique en échelons, de 38° à 40°.

Quatre jours après, on essaye une deuxième injection de 1 cc., qui provoque des réactions identiques, tandis que la température monte à 40°,3. En présence de cette intolérance, on laisse passer deux jours, puis on essaye le multivalent.

La dose d'attaque a été très faible, par prudence.

avec une faible dose, on peut obtenir, chez certains sujets particulièrement sensibilisés, une amélioration très rapide, là où l'auto-vaccin à forte dose provoquait une brutale réaction sans modification sensible.

XIV

SUPPURATIONS DIVERSES, PHLEGMONS, LYMPHANGITES, ADÉNITES ET PERIADÉNITES

Nous avons employé le multivalent au cours d'une série d'interventions relevant de la petite chirurgie courante. Nous avons eu toujours l'impression d'une action vraiment utile contre les manifestations locales de l'infection, et cela, par centaines de cas observés dans notre dispensaire. Les adénites diminuaient de volume, le gâteau de périadénite disparaissait rapidement. Les traînées lymphangitiques cédaient en deux ou trois injections.

Les suppurations diverses étaient heureusement influencées, avec modifications de caractère du pus, puis arrêt de la suppuration.

Les phlegmons divers ont été traités sur des centaines de sujets ainsi que les panaris avec nécrose des phalanges : Nous avons pu voir, sous le contrôle radiographique se reformer le tissu osseux et les lésions se réparer avec une surprenante rapidité.

OBSERVATION XXXV

P... (Pierre), 15 ans, tôlier : Phlegmon de la main droite.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Rougeole, coqueluche, bronchites à deux ou trois reprises et, l'an dernier, une forte grippe.

Début : Le malade n'a pas souvenir de s'être piqué. Le 6 juillet, apparition au niveau de la paume de la main d'une ampoule qui se crève spontanément le lendemain. Mais la paume de la main continue à se gonfler, devient douloureuse, et le malade continue cependant à travailler. Le 9 juillet, souffrant beaucoup et ayant la main très enflée, il va voir le médecin qui incise très superficiellement : il sort un peu de pus et on fait faire des pansements humides. Mais la main enfle considérablement, ainsi que le poignet. Le malade ne peut plus fléchir les doigts et il se présente, le 12 juillet, à la consultation avec un phlegmon remontant jusqu'au coude.

Nous faisons, le 12, 1 V. M. et nous incisons de part en part de la face palmaire à la face dorsale, en débridant largement au niveau de l'avant-bras sur toute la longueur. Nous posons trois drains, puis faisons un grand pansement au collargol, prenant tout le membre supérieur jusqu'au tiers inférieur du bras. Nous faisons 1 V. M. le 13, 1 1/2 le 15 et dès le 16, la suppuration a considérablement diminuée. La lymphangite et l'œdème ont disparu. Les drains sont enlevés dès le 15. La douleur a cédé, la température est descendue de 40° à 37°,5, sans marquer aucune réaction aux injections vaccinales. Nous faisons, le 18, 1 V. M. et 1/2 le 20. Le malade sort guéri à la fin du

mois. En huit jours, le V. M. a fait disparaître la suppuration, qui aurait normalement duré plus longtemps en dépit du traitement local.

OBSERVATION XXXVI

A... (Augustin), 40 ans, garçon de café. A eu, vers l'âge de 15 ans, des abcès froids à la cuisse droite. La suppuration a duré plus d'un an. Trois ans après, récurrence nécessitant l'hospitalisation pendant trois mois; l'abcès a été incisé, l'os gratté et la fistule ancienne incisée. Le malade marche pendant six mois avec des béquilles.

A 25 ans, refait un nouvel abcès, guéri au bout d'un mois et demi. En 1914, blessé au cours d'un bombardement, à Nancy : un éclat d'obus était retiré de la cuisse droite et, deux mois après, la guérison était obtenue.

Le 2 février 1923. — Se présente à l'hôpital, se plaignant d'une douleur au niveau du tiers moyen de la cuisse droite. Nous ne notons pas de modification de forme ni de volume du membre, mais la palpation profonde est très douloureuse et donne la sensation de fluctuation. La radiographie ne décèle pas la présence d'esquille osseuse.

L'état général est défectueux, avec amaigrissement, anorexie, essoufflement, sans lésion cardiaque ni pulmonaire. La radiographie indique cependant de l'adénopathie trachéobronchique.

Nous traitons par V. M. : 1/2 le 2 février, 1 le 4, 1 1/2 le 6, 1 le 8 sans avoir la moindre réaction. A cette date, la douleur à la pression a disparu totalement, la fluctuation est nette et la température oscille autour de 38°, sans caractères nets.

Nous opérons le 10, et nous tombons sur une poche de pus avec une très petite lésion d'osteïte, que nous grattons. Le siège de cette osteïte est exactement le même que celui de la blessure de 1914. Le pus est jaune sale, comprenant du strepto et du staphylo et n'a aucun des caractères du pus tuberculeux. La température est revenue à la normale dès le lendemain.

Les pansements sont faits quotidiennement mais la plaie suppure longtemps. Le 25 nous refaisons une série de vaccin, très progressive, 1/2 le 25, 3/4 le 27, 1 le 1^{er} mars, 1 1/2 le 3 mars, 1 le 5 mars. Nous avons constaté dès le 28, c'est-à-dire dès la deuxième injection de V. M. que les mèches retirées sont moins imbibées de suppuration. Celle-ci va décroissant rapidement pour cesser le 5 mars, parallèlement au relèvement général. Le malade sort le 20 mars, avec une plaie cicatrisée, et ayant repris quatre kilogs en un mois et demi.

Nous avons eu ici un cas où, sous une influence qui nous échappe, s'est manifesté le réveil d'un multimi-crobisme latent, au niveau d'une ancienne blessure. Et tous les germes en cause n'étaient probablement pas extériorisés : le vaccin a permis à l'état général de se relever rapidement, tandis que l'état local était heureusement influencé par lui.

OBSERVATION XXXII

G... (Etienne), 38 ans, cultivateur. Le 10 juin se présente à la consultation, disant qu'il s'était piqué au mollet en tombant sur du verre, il y a trois semaines, et avoir été soigné depuis seulement six jours avec des pansements humides.

Il présente, à l'examen, un phlegmon total du mem-

bre inférieur avec rougeur, chaleur, fluctuation jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. L'état général est mauvais. La T. : 38°,8, le pouls : 110. Le malade est opéré immédiatement : quatre incisions longitudinales dans lesquelles le doigt va ouvrir des poches profondes donnent issue à une grande quantité de pus et de sérosité. Nous posons des drains et faisons 1/2 V. M. Le 11 juin 1 V. M., le 13 juin 1 1/2 V. M., le 15 juin 1 V. M., le 17 juin 1/2 V. M. L'état général est considérablement amélioré en trois jours et la température tombe après l'opération. Les pansements refaits tous les jours montrent une suppuration qui tarit. Les drains sont enlevés vers le 25 juin, date de la sortie de l'hôpital. Le vaccin nous a été un aide précieux et nous n'aurions pas, sans lui, obtenu un si rapide résultat.

OBSERVATION XXXIII

P... (Hélène), 46 ans, teinturière : Abscess de la fesse droite. Le 3 juillet, la malade se présente, souffrant de la fesse droite. Elle avait remarqué depuis un mois une induration consécutive à une infection profonde intra-musculaire.

Actuellement, elle présente une augmentation de volume de la fesse qui, très douloureuse, donne à la palpation profonde la sensation nette de fluctuation; on intervient chirurgicalement.

Nous faisons une large incision cruciale, qui donne issue à un écoulement abondant de pus. On arrive dans une cavité grosse comme une mandarine. Nous faisons un nettoyage aussi complet que possible en retirant les parties mortifiées.

Les pansements sont refaits tous les jours et parallèlement nous faisons une série de vaccin multiva-

lent : 1/2 le 3, 1 le 5, 1 le 7 et 1/2 le 9. Nous obtenons ainsi, en six jours, une élimination absolument complète de tissus sphacelés avec disparition de pus dès la deuxième injection. Le 9, la plaie est en excellente voie, les mèches retirées, et le 15, après cicatrisation, la malade sort guérie. Il est hors de doute qu'en ce cas le vaccin a hâté la guérison de plusieurs jours.

OBSERVATION XXXIX

R... (Jean), 51 ans, employé de magasin : Brûlure infectée. Le 27 janvier, se présente à la consultation pour brûlure de la face dorsale du pied, remontant jusqu'aux malléoles, datant de quarante-huit heures. La T. : 38°,5.

Il présente une lymphangite très accusée, allant de la brûlure jusqu'à l'aîne. Les ganglions inguinaux sont enflammés et très douloureux.

On conseille des pansements humides à renouveler toutes les trois heures et on fait une série de V. M. : 1/2 le 27, 3/4 le 28, 1 V. M. le 30. Nous ne notons aucune réaction. Le 30 au soir, la température baisse à 37°,8. La lymphangite diminue, mais les ganglions restent toujours gros et un peu moins douloureux.

Le pourtour de la plaie est extrêmement rouge, brillant et présente un aspect erysipélateux. Nous continuons les vaccins : 1 1/2 le 2 février, 1 le 5, 3/4 le 7, 1/2 le 9. Dès le 5 février, les ganglions ont notablement diminués et ne sont plus douloureux au palper. Les traînées lymphangitiques ont disparu et tandis que la rougeur tout autour de la brûlure a cédé, la plaie est elle-même en voie de cicatrisation. Du 10 au 20, la plaie est finement saupoudrée d'aristol et, le 20, le malade sort guéri, avec une plaie épidermée.

Le vaccin, en faisant rétrocéder la lymphangite et l'adénite, en faisant baisser la température et diminuant les phénomènes douloureux, a empêché la suppuration et précipité la guérison.

OBSERVATION XL

B... (Raymond), 29 ans : Osteopériostite du tibia droit (région interne).

Antécédents personnels chargés : Rougeole, scarlatine, grippe, furonculose tenace avant la guerre. En 1917 est fait prisonnier et ne retourne en France qu'en 1919, dans une extrême cachexie. Pendant sa captivité a fait un abcès à la cuisse droite et un abcès axillaire gauche. A vécu, de 1919 à 1920, dans une sorte de misère physiologique, faisant, en juillet 1920, une collection au niveau du tibia droit, qui fut incisée, traitée pendant trois mois et guérie en apparence.

Il y a un mois, retour, au même niveau, de la douleur et du gonflement, qui persistent lorsqu'il vient consulter, *le 20 juin 1923*. A l'examen local, fluctuation nette avec épaissement du membre. Légère rougeur. Douleur à la pression et élective en un point très précis, correspondant à une toute petite lésion osseuse signalée par la radio. L'état général est mauvais, sans lésion cardiaque ni pulmonaire, mais avec amaigrissement et état fébrile. T. : 38° à 38°,5.

Entre à l'hôpital. 1/2 V. M. Pansements humides. Le 21 juin, 1 V. M. Pas de réaction.

Le 27, *opération*. Incision, écoulement d'une grande quantité de pus. On découvre le tibia dénudé et une fistule osseuse dans laquelle le stylet pénètre jusqu'à la cavité médullaire. On pratique une large trépanation et on tombe sur un tissu spongieux infiltré de pus. Nettoyage de la plaie et tamponnement.

Le 28, la température est tombée à $37^{\circ}5$, pour ne plus remonter, et la douleur locale a disparu. La suppuration persiste. Nous faisons alors une longue série de V. M. : $1/2$ V. M. le 28, $3/4$ le 29, 1 le 1^{er} juillet. A cette date, nous ne constatons plus de suppuration et nous cessons le tamponnement, laissant la plaie sans drainage se refermer spontanément. Les chairs sont vives, rouges et saignantes.

Nous poursuivons le V. M., en faisant : 1 V. M. le 3 juillet, 1 V. M. le 6, $3/4$ le 9 et $1/2$ le 11, pour éviter le retour de la suppuration. Nous voyons la plaie se combler peu à peu et présenter les tranches bien saignantes et bourgeonnantes. Parallèlement, l'état général paraît s'améliorer. Le malade se lève le 15 et sort le 25, complètement guéri.

Revu en mai 1924, près d'un an après, il n'avait présenté aucune collection nouvelle et était revenu en parfaite santé.

OBSERVATION XLI

L... (Mathurin), 40 ans, valet de chambre : Adémophilégmon inguinal double.

Antécédents : Rhumatisme articulaire aigu en 1907. Entérite et dysenterie pendant la guerre durant un an. Essoufflement. Etat général toujours défectueux.

Maladie actuelle. — Rhumatismes il y a cinq semaines. Apparition, il y a deux semaines, de deux chancres mous du fourreau en arrière, avec, le lendemain, une adénite inguinale double l'obligeant à garder le lit.

Etat actuel. — Deux gros abcès inguinaux comme une orange, avec lymphangite antéro-supérieure cuisse gauche. Etat général mauvais, pâleur, cœur mou, ni sucre, ni albumine. T. : $39^{\circ}5$.

4 octobre. — On incise : pus gris fétide très abondant; on draine : compresse de sérum de Leclainche après pose de mèches. Huile camphrée matin et soir.

5 octobre. — Les pansements sont refaits journellement par lavage à l'eau oxygénée iodée, application de compresses de sérum.

Du 5 au 9 octobre, même traitement : les plaies donnent toujours du pus, l'état général ne se relève pas, la température se maintient à $38^{\circ},5$, les phénomènes douloureux ne cèdent pas.

Le 10 octobre, nous commençons une série de V. M. et nous injectons : $1/4$ V. M. le 10, $1/2$ V. M. le 11, $3/4$ V. M. le 12, sans avoir de réaction. Mais nous observons, le 13, une amélioration notable de l'état local. La douleur a diminué un peu et surtout les plaies donnent moins de pus. La température a baissé légèrement, oscillant autour de $37^{\circ},5$ à 38° .

Nous faisons 1 V. M. le 14, 1 V. M. le 16 et $1/2$ V. M. le 18. La douleur a cédé complètement, la plaie ne suppure presque plus et la lymphangite voisine a disparu.

Aidé par un traitement général par arséniate de soude et sirop iodo tannique phosphaté, l'état général se relève rapidement. Les drains sont supprimés et les plaies se cicatrisent rapidement. Le malade sort guéri le 3 novembre.

ADÉNITES TUBERCULEUSES ANCIENNES SUPPURÉES

Dans le pus des ganglions tuberculeux et surtout lorsqu'il s'agit de ces poussées récidivantes qui sont d'une interminable évolution, il est de règle de trouver les microbes banals de la suppuration. Nous avons souvent observé que beaucoup de ces adénites apparemment guéries depuis des mois ou des années se trouvent subitement réchauffées. Il est permis de penser qu'il ne s'agit pas là d'une poussée manifeste de l'infection bacillaire, mais au contraire d'un réveil de microbisme latent qui vient alors conditionner de véritables abcès enkystés. Nous avons pu constater que l'association du vaccin multivalent aux ponctions avec lavage des cavités à l'alcool iodé nous a donné des guérisons extrêmement rapides.

OBSERVATION XLII

M. J... (Maurice), 21 ans. Il s'agit du fils d'un médecin qui nous est envoyé le 6 mai 1922, porteur

d'une adénite tuberculeuse suppurée, siégeant sous le maxillaire inférieur, dans la partie médiane. Le ganglion, très fluctuant, est ponctionné, puis irrigué à l'alcool iodé. Nous faisons alors une série de V. M., soit 1/2 le 6 mai, 1 le 8 et 1 1/2 le 10. Dès cette troisième injection, le pus cesse de se reformer. L'aspect local se modifie rapidement. La rougeur environnante s'efface et la tumeur diminue de volume. Nous finissons la série le 12, par 1 V. M. Sans avoir été obligé de ponctionner à nouveau, la guérison est complète dès le 20 mai et elle s'est maintenue pendant deux ans.

Le 22 mai 1924, le malade se présente à nouveau, porteur, au même endroit, d'une collection plus petite, moins fluctuante et sans empâtement avoisinant. Nous ne faisons pas de ponction, nous contentant de faire une nouvelle série de V. M., en injectant 1/2 V. M. le 22, 1 V. M. le 24, 1 1/2 le 26 et 1 le 28. Sans présenter aucune réaction générale, l'état local s'améliore rapidement. La périadénite disparaît dès le 25 avec la rougeur voisine. La peau reprend son aspect normal et la poche se dessèche sans qu'il soit nécessaire d'intervenir. La guérison est complète fin juin.

OBSERVATION XLIII

R... (Jacques), 32 ans, tourneur. Se présente le 26 novembre à la consultation, porteur d'une grosse adénite cervicale droite bacillaire, avec une périadénite énorme bloquée contre le sterno-cleido-mastoïdien.

Parallèlement au traitement général, nous faisons une série de V. M. : 1/2 le 26, 1 le 28, 1 le 1^{er} décembre. Nous n'avons aucune réaction, ni locale, ni générale.

rale. Cependant nous notons, dès le 1^{er} décembre, deux modifications : la périadénite a cédé et la masse, grosse comme une orange, est devenue mobile au lieu d'être bloquée comme elle l'était. Et le centre de la tumeur donne la sensation de ramollissement. Entrant en tissu sain, nous ponctionnons, puis faisons une injection d'alcool iodé. Nous reprenons les vaccins, faisant tous les deux jours une injection modificatrice : le 3 décembre 1 V. M., le 5 1 1/2, le 7 1 V. M. La masse, libérée de tout empâtement, a considérablement diminué. Et les deux dernières ponctions ne ramènent plus de pus. Nous cessons le V. M. Le malade est soumis à un traitement général uniquement. Revu quinze jours après, il ne reste plus qu'une petite zone indurée que la palpation seule permet de révéler. L'association de V. M. aux injections d'alcool iodé a favorisé la résorption après avoir fait disparaître la périadénite sans aucun autre traitement que l'alcool iodé.

Parfois, la ponction a pu être évitée avec la simple action du vaccin, la résorption se faisant spontanément.

XVI

GYNÉCOLOGIE

C'est surtout dans les affections utero-annexielles s'accompagnant de métrite avec périmétrite que nous avons obtenu les plus frappants résultats. Nous présentons une série d'observations prises dans la grande quantité des cas ainsi traités. Nous faisons remarquer que nous n'avons fait uniquement que du vaccin et des injections vaginales.

Nous nous sommes rendus maîtres de pelvi-péritonite, nous avons utilement combattu les lésions inflammatoires proches qui ont cédé à ce traitement. De grosses trompes douloureuses redevenaient après la série entière petites, indolores et comme stérilisées. Des cellulites pelviennes qui menaçaient de se collecter se résorbaient avec disparition progressive de l'empatement. L'utérus bloqué de toute part diminuait de volume, devenait moins douloureux à la pression et plus mobile, le col lui-

même se décongestionnait tandis que les culs de sac redevenaient progressivement libres...

Chez des femmes souffrant depuis des mois, nous sommes parvenus en une ou deux séries de piqûres à supprimer radicalement la douleur alors qu'elles étaient depuis longtemps au repos et aux injections. Nous croyons devoir insister grandement sur la constance de ce résultat : il est probable que, malgré la diversité des microbes en cause au cours de ces lésions, quelques-uns, et les plus virulents, sont sérieusement touchés par les injections vaccinales à forte valence. Et leur action sur les signes généraux conservent leur efficacité qui peut être suivie sur les courbes de température.

OBSERVATION XLIV

B... (Louise), 30 ans, repasseuse : Annexite double.

Le 14 janvier. — Se présente à la consultation, se plaignant de douleurs sourdes dans le bas ventre, de mal de reins et d'extrême fatigue.

Antécédents héréditaires et collat. : Rien.

Antécédents personnels : Bien réglée, mariée à 22 ans, pas d'enfants, pas de fausse couche : mais pertes blanches depuis quatre ans avec vagues douleurs abdominales. Les pertes ont cessé depuis trois mois, mais les douleurs, plus accusées, ont obligé la malade à s'aliter. Elle avait pris des injections chaudes et des ovules.

A l'examen. — Le col utérin est petit, dur, très

abaissé, mobile dans le sens antéro-postérieur, immobile dans le sens transversal. Les culs de sacs latéraux bombent, surtout à droite. Le cul de sac postérieur est dur, donnant l'impression d'une masse grosse comme une paume de main. La pression de ces organes est uniformément douloureuse. Et l'ensemble forme une masse lobulée absolument bloquée transversalement. Urine : légère quantité d'albumine.

Nous soumettons notre malade à deux injections chaudes par jour et uniquement à une série de V. M. progressive. Nous faisons ainsi : $1/2$ le 14, $3/4$ le 15, 1 le 17, $1\ 1/2$ le 20. A ce moment, nous examinons la malade, qui n'accuse plus aucune douleur au toucher. Les culs de sacs latéraux sont très dégagés, le cul de sac postérieur presque entièrement libre et l'utérus redevenu très mobile dans tous les sens. Seule persiste une petite masse dans le cul de sac droit, mais donnant l'impression d'être beaucoup moins dure. La courbature et le mal aux reins ont disparu. Il n'y a plus d'albumine dans l'urine. Nous terminons la série par 1 V. M. le 23, $1/2$ le 25. Et le 28 la malade est entièrement guérie. Ce traitement a reposé uniquement sur les V. M. et nous sommes en droit de lui attribuer la rapidité avec laquelle nous avons libéré les annexes de leur empâtement en faisant rétrocéder les lésions. La température et le pouls n'ont pas été modifiés, oscillant entre 37° et $37,5$ pour la température, et 70 et 90 pour le pouls.

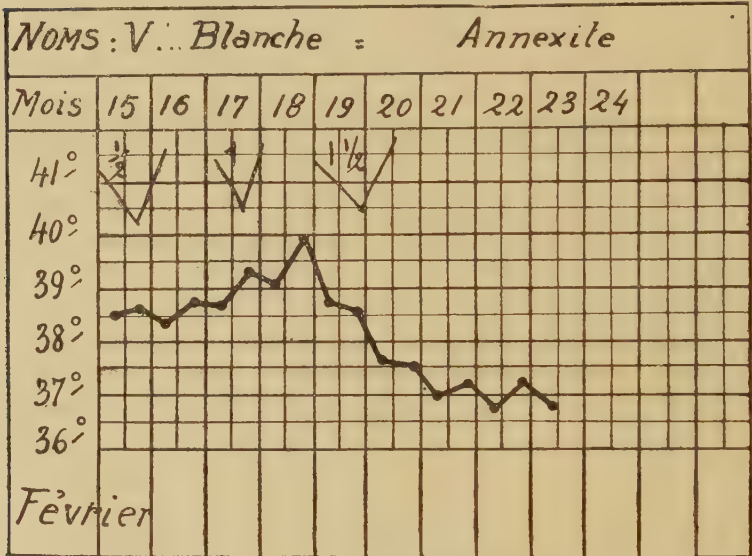
OBSERVATION XLV

V... (Blanche), 38 ans, journalière : Salpingite double avec réaction péritonéale.

Un enfant il y a un an et depuis pertes blanches

presque ininterrompues, fétides d'après la malade. Depuis huit jours, elle souffre horriblement du ventre et est obligée de cesser son travail, et se présente, pouvant à peine marcher, à la consultation du 15 février. Elle est hospitalisée.

A l'examen, ventre très douloureux à la pression,



avec parois se défendant nettement. Le toucher vaginal montre les culs de sacs douloureux, un utérus très peu mobile en retrollexion, un col à peu près normal. Les deux trompes sont grosses et très particulièrement douloureuses. La T.: 38°,5; le pouls: 100. Nous mettons la malade au repos au lit, trois injections vaginales très chaudes et une série de V. M. Le 15 février, 1/2 V. M.; le 17, 1 V. M. La température monte à 39°,2 le soir et à 39°,9 le 18 au soir. Parallèlement à l'ascension thermique, le ventre a tendance à se ballonner généralement. Nous faisons néanmoins

1 cc. 1/2 de V. M. le 19, l'état général paraissant très bon. Le 19 au soir, la température est retombée à 38°,2. La douleur décroît. La tension péritonéale a tendance à diminuer. Nous continuons la série de vaccin en faisant lentement : 1 1/4 le 21, 1 le 23. Nous constatons alors que l'utérus, toujours en rétroflexion, est entièrement mobile et peu douloureux. Seule la trompe droite est encore congestionnée, mais moins douloureuse. Le ventre, redevenu souple, ne permet pas de sentir d'empatement profond. La température est rapidement revenue à la normale. Le 25, nous faisons encore 3/4 V. M. et 1/2 le 27 et nous supprimons les compresses chaudes. Les injections chaudes sont continuées deux fois par jour et la malade sort guérie le 30.

OBSERVATION XLVI

B... (Gabrielle), 42 ans, ménagère : Métrite et péri-métrite. Utérus fibromateux.

Malade ayant fait une fausse couche il y a quatre mois. Elle ne cessait de perdre depuis et accusait une douleur constante dans le ventre. Devant la persistance des hémorragies, on a pratiqué un curettage il y a deux mois environ.

Depuis cette époque, la malade continuait à avoir des pertes sanieuses et fétides et a présenté une crise très douloureuse avec T. : 39°, mais sans métrorrhagies. Elle vient à la consultation du 30 novembre.

A l'examen, on sent un utérus gros, légèrement douloureux, adhérent en arrière à une masse occupant tout le cul de sac de Douglas, d'une dureté ligieuse, absolument immobile et bloquée par un placard donnant l'impression d'une masse inflamma-

toire d'origine salpingée. La région est généralement douloureuse.

Nous soumettons la malade à deux injections très chaudes par jour et uniquement à une série de V. M. Le 1^{er} décembre, 1/2 V. M., 3/4 V. M. le 3, 1 V. M. le 5, 1 1/4 le 7, 1 1/2 le 9, 1 1/4 le 11, 1 le 13, 1/2 le 15.

Cette longue série de vaccins ne provoque aucune réaction et la température reste normale. Nous obtenons la cessation absolue de toute douleur et le toucher vaginal nous donne un utérus fibromateux hypertrophié, mais entièrement mobile, Sur sa face postérieure une petite masse dure, ligueuse et indolore, faisant corps avec l'utérus et se mobilisant avec lui et paraissant libre de toute connexion. Il s'agit d'un fibrome gros comme une petite paume de main et qui sera traité par radiothérapie.

OBSERVATION XLVII

V... (Marie-Louise), 26 ans : Métrite. Périmétrite. Réglée normalement à 11 ans. Un enfant de 14 mois en bonne santé. A la suite de l'accouchement, elle a souffert du ventre très irrégulièrement et a présenté des pertes presque permanentes. Les règles étaient douloureuses et très abondantes. Se présente à la consultation le 30 avril.

A l'examen, ventre douloureux à la pression, surtout au niveau du fonds utérin. L'utérus est en rétroflexion complète, volumineux, le col est gros et très mou. Le corps utérin est absolument fixé, signant une violente périmétrite, les annexes sont peu douloureuses.

La malade va être traitée par des injections très chaudes deux fois par jour et une série de vaccin :

1/2 le 30 avril, 1 le 2 mai, 1 1/2 le 4 mai, 1 le 6 mai, 1/2 le 8 mai. Le 4 mai, nous trouvons toujours un utérus énorme, un col congestionné, un utérus bloqué dans une masse paraissant occuper le cul de sac postérieur. L'écoulement mucopurulent semble être moins épais, mais déjà la douleur a disparu.

Le 8 mai, l'utérus est devenu mobile, le cul de sac postérieur libre et seul persiste un écoulement beaucoup moins épais qui disparaît trois jours après.

Le 15, la malade sort complètement guérie.

La température et le pouls n'ont présenté aucun caractère spécial.

OBSERVATION XLVIII

C... (Alphonsine, 21 ans : Métrite, Périmétrite. Salpingite droite. A 18 ans, grossesse de sept mois, douloureuse, enfant mort-né. Il y a deux mois, un après-midi, vomissements, les douleurs dans le bas ventre se font plus aiguës et la forcent à rester au lit. Les douleurs continuant depuis, elle vient consulter.

Le 6 avril, à l'examen, on trouve un ventre douloureux à la pression, surtout au niveau du fond utérin et des annexes. Au toucher vaginal, le col ne paraît pas hypertrophié ni mou; mais l'utérus paraît peu mobile et les culs de sac empâtés. Surtout le cul de sac postérieur. La trompe droite est sensible et douloureuse. Au spéculum col non congestionné, mais laissant sourdre liquide séropurulent épais, jaune, sale et fétide. Nous hospitalisons la malade, qui sera traitée au repos au lit, compresses chaudes, injections chaudes et V. M. Parallèlement au traitement de la douleur, nous faisons une série de V. M. : le 6 avril 1/2, le 8 3/4, le 10 1.

Le 12, nous arrêtons le vaccin. La malade ne souffre plus du tout ni spontanément, ni à la palpation, ni au toucher. Le 14, l'empâtement dans le cul de sac postérieur persiste. On sent le fond de l'utérus en rétroflexion vers la gauche et à droite on sent un boudin formé par la trompe droite, se dessinant en arrière et à droite, nettement isolée des tissus voisins, un peu douloureux, mais sans fluctuation. Nous refaisons une série de vaccin : 1/2 le 14, 1 le 15, 1 1/2 le 17. Et le 17, les phénomènes locaux s'atténuent considérablement. On voit la masse dans le cul de sac postérieur disparaître et l'empâtement des annexes droites céder. Le 19, 1 V. M. et 1/2 le 21. La malade se lève. Cinq jours après, la malade sort, ne présentant plus aucune lésion utérine ou annexielle apparente.

OBSERVATION II

G... (Blanche), 23 ans, femme de chambre.

Le 24 juin, entre d'urgence à l'hôpital, accusant un ballonnement généralisé avec douleur spontanée dans la fosse iliaque gauche. Présente une très violente douleur abdominale, se propageant dans la région lombaire et vers les cuisses. On note deux vomissements bilieux.

La malade prétend n'avoir aucun antécédent, mais avoir toujours été très irrégulièrement réglée et, après, n'avoir rien vu pendant deux mois, elle dit avoir perdu un peu de sang il y a dix jours. Le col n'est pas modifié de consistance et ne donne issue à aucun écoulement. Le toucher vaginal nous montre des culs de sacs empâtés et douloureux. Le toucher rectal un utérus en rétroflexion bombant dans le rec-

tum. La T. : 38°,5; le P. : 105. Nous appliquons des compresses chaudes, diète et huile camphrée et la mettons en observation.

Le 25 juin, la malade souffre énormément; la température monte à 39°, le pouls à 115; nous faisons 1/4 V. M. Le ventre est considérablement ballonné, généralement douloureux. *Le 26 juin*, nous notons un vomissement bilieux. La température monte à 39 °,5, le pouls à 125; la tension abdominale paraît augmentée. Injection 1/2 V. M. Huile camphrée, sérum.

Le 27 juin, nous faisons 1 V. M, T. : 39°,2.

Le 28 juin, T. : 38°,5; pouls : 110, état stationnaire.

Le 29 juin, la température n'est plus que de 38°. Le pouls 90. L'état général très amélioré. Le ventre redevenu plus souple permet la palpation, qui donne un utérus un peu gros, douloureux à la pression. Le toucher vaginal montre deux culs de sacs redevenus souples. Nous faisons 1/2 V. M. La malade, pressée de questions, avoue avoir fait fausse couche il y a une quinzaine de jour. Désormais l'état s'améliore. La température oscille à la normale. Sortie dix jours après.

OBSERVATION L

Ch... (Lucie), 38 ans, employée de chemin de fer : Métrite avec abcès rétro-utérin en formation.

Le 9 mars, se présente à la consultation, se plaignant du ventre et d'écoulements fétides et permanents. Elle a eu un enfant il y a deux ans, en bonne santé, et, depuis, a eu des crises abdominales violentes. Opérée il y a un an avec ablation des annexes gauches. Depuis, a continué à souffrir avec pertes purulentes irrégulières. Entre à l'hôpital.

A l'examen : Utérus gros, abaissé, enclavé avec culs de sacs empâtés, surtout à droite, et très douloureux. Col gros congestionné. En arrière de l'utérus, le doigt sent une masse transversale, dure, très douloureuse, paraissant bloquer l'organe. La température est de 38°,5. Nous avons l'impression d'un abcès rétro-utérin en formation. La trompe droite est globuleuse, irrégulière et très douloureuse. Nous faisons 1/2 V. M. Traitement par injections vaginales.

11 mars, 1 V. M. T. : 37°,5. La malade, au repos absolu, souffre moins.

13 mars. — Nous n'observons pas la moindre réaction. La température est tombée à la normale, les phénomènes douloureux sont très nettement atténués. Le fond utérin n'est plus douloureux sous la pression de la main qui palpe. Et les fosses iliaques sont moins sensibles.

Le toucher vaginal permet de sentir des culs de sacs libres et la masse rétro-utérine très diminuée de volume et ramollie, beaucoup moins douloureuse.

Le toucher rectal confirme cette impression.

Au spéculum, un col moins violacé, un peu plus petit, avec un écoulement moins purulent, moins lié que lors du premier examen. Nous faisons 1 1/2 V. M.

15 mars. — La masse rétro-utérine a presque disparu, les culs de sacs sont très libres, la trompe droite diminuée de volume, l'utérus redevenu mobile et l'ensemble n'est plus douloureux au toucher et au palper. Le col paraît décongestionné, mais l'écoulement séro purulent persistant, nous faisons 1 V. M. et posons un laminaire.

Le 16, nous plaçons une mèche à l'argyrol, après avoir pratiqué un écouvillonnage.

Le 17, nous pratiquons le même pansement et fai-

sons 1/2 V. M. L'écoulement devient de plus en plus clair.

Le 18, l'écoulement a cessé, nous ne mettons plus de mèche, et le 20 la malade sort guérie.

OBSERVATION LI

V... (Valence), 35 ans, danseuse. Pas d'antécédents héréditaire; un enfant d'un an en bonne santé. Antécédents personnels : réglée à 15 ans, mais depuis règles irrégulières et douloureuses. Depuis deux ans, métrite. Au mois de mars, règles très douloureuses et très rapprochées. Elle se fait traiter par des injections, crayons divers, avec douze piqûres d'auto-vaccin.

Le 26 juin, la malade souffre beaucoup du ventre, apparition des règles, qui continuent très douloureuses, peu abondantes.

Le 29 au soir, vers minuit, grande crise soudaine avec douleur très violente non localisée, mais généralisée à tout l'abdomen.

Le 30, le médecin traitant conseille l'hospitalisation.

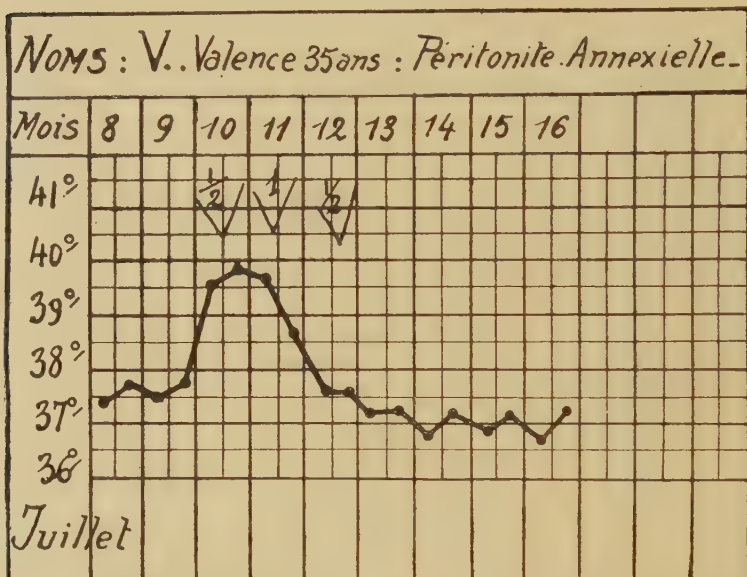
30 juin : Hospitalisation. — La malade vomit à plusieurs reprises : vomissements liquides, glaireux, incolores, d'odeur fétide. La malade arrive avec le diagnostic de crise appendiculaire. A l'arrivée, faciès péritonéal. T. : 38°,9; P. : 120. Ventre généralement ballonné avec tension extrême, très douloureux partout. Toucher vaginal : utérus peu mobile, enclavé dans un empâtement généralisé. Culs de sacs latéraux très sensibles. Toucher rectal donne l'impression d'un empâtement très étendu. On fait 1/2 V. M.

1^{er} juillet : P. : 120; T. : 39°. La malade présente un

vomissement peu abondant, liquide, fétide. Sérum : 250 cc.; 1 V. M.

2 juillet : La température a baissé à 38°; P. : 100. Bien frappé. Les phénomènes généraux et locaux n'ont pas rétrocedé. Nous faisons du sérum glycosé; 1 V. M.

4 juillet : L'état général amélioré. T. : 37°,5; P. : 80.



Le ventre devient plus souple. Le toucher vaginal donne un utérus bien moins enclavé. On sent dans le Douglas une masse remontant à droite. La trompe droite paraît tuméfiée et hypertrophiée. Le toucher rectal confirme cette impression. La palpation permet de sentir un ventre plus souple, avec persistance d'une très nette défense dans le côté droit. 500 cc. sérum glycosé.

Le 1^{er}, le diagnostic d'affaire annexielle se précise. Nous faisons 1 V. M.

Le 6, 1/2 V. M. Sérum 500 cc. La température remonte le soir à 38°,5, le pouls à 95, sans augmentation de tension abdominale.

Le 7, la température tombe à 37°,8, l'état général est excellent, et tout paraît vouloir rentrer dans l'ordre. Nous cessons le vaccin.

Le 10, le P. remonte à 95 le matin; T. : 39°,5, sans signes de tension abdominale, sans nausées. Mais la palpation profonde de la fosse iliaque droite permet de sentir un empatement de consistance molle, et le toucher vaginal donne un cul de sac latéral droit, bombé, avec une trompe grosse et douloureuse. Nous faisons 1/2 V. M. Le soir, la température monte à 39°,8, et cependant l'état général ne paraît pas atteint. P. : 100.

Le 11 au matin, nous faisons 1 V. M. T. : 39°,5.

Le soir, T. : 38°,5.

Le 12, nous faisons 1/2 V. M. T. : 37°,5; P. : 80. La palpation de l'abdomen donne l'impression d'un empatement considérablement diminué. Le toucher vaginal, un cul de sac plus libre et nullement douloureux au toucher.

A partir de ce moment, la température se maintient autour de 37°, l'état général s'améliore, les phénomènes locaux s'effacent, et la malade sort quelques jours après.

Revue quatre mois après, elle est en parfaite santé, et on ne retrouve au toucher vaginal qu'une trompe droite, dure et légèrement bosselée.

OBSERVATION LII

E..., 18 ans, journalière. Antécédents héréditaires chargés : syphilis et tuberculose; antécédents person-

nels : méningite à 7 ans, soignée par piqûres d'huile grise; réglée à 14 ans.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, fausse couche de 5 mois, métrite et pyélonéphrite; subit un curetage. Il y a un an, nouvelles douleurs, pertes plus abondantes, cystite; soignée pour salpingite double. On conseille l'opération, qui est retardée en présence de l'infection de la malade. Traitée pendant cinq mois, elle reprend son travail il y a huit jours. Ses règles n'étant pas réapparues depuis deux mois reviennent, et sont très douloureuses. Les pertes augmentent, les douleurs deviennent plus violentes. Se présente à notre consultation le 28 mars et est hospitalisée.

A l'examen, nous trouvons un ventre ballonné, généralement douloureux, surtout dans les fosses iliaques; le toucher vaginal montre un col d'apparence normal, peu œdématisé, les culs de sacs sont empâtés, bombant dans le vagin; les trompes grosses, dures et douloureuses; l'utérus augmenté de volume, en complète rétroflexion et difficilement mobile. Toute la région est douloureuse.

La malade perd beaucoup, elle est très faible, malade général, mal de tête; T. : 38°, mais pouls à 110. Nous relevons l'état général et soutenons le cœur, et, comme traitement local, la soumettons à des injections bi-journalières et à une série lentement progressive de V. M., après avoir assuré le drainage de la cavité utérine par mèches.

Nous faisons 1/4 V. M. le 28 mars, 1/2 le 30, 3/4 le 2 avril, 1 le 4, 1 1/2 le 6. Nous avons rapidement relevé l'état général, nous avons remplacé la mèche cervicale par des crayons au collargol. L'écoulement est devenu beaucoup plus clair, et sans odeur. La douleur a presque complètement disparu. L'utérus est

beaucoup plus mobile. Mais les culs de sacs restent encore un peu empâtés. La trompe gauche paraît à peu près normale. Seule la trompe droite reste encore irrégulière, bosselée et douloureuse. Nous continuons 1 V. M. le 8, $\frac{3}{4}$ le 10 et $\frac{1}{2}$ le 12, et nous obtenons une cédation complète de l'empâtement et de la douleur. La malade, qui ne perd plus, est traitée par des injections vaginales très chaudes, et sort le 20 avril.

Revue trois mois après, elle ne présente d'autre séquelle que la trompe droite bosselée, mais mobile et non douloureuse.

XVII

APPENDICITES

Voici quelques cas d'appendicite aiguë avec phénomènes péritonéaux. L'intervention chirurgicale n'aurait pu être tentée avec quelques chances de succès dans les conditions où nous avons approché ces malades. Et le V. M. est le seul traitement médical que nous ayons employé avec la glace abdominale.

Nous avons obtenu des courbes thermiques qui ne laissent aucun doute sur l'effet vaccinal. Température et pouls baissent au cours de la série de piquûres, les signes généraux disparaissent vite, les phénomènes douloureux cèdent, la tension abdominale diminue et les fonctions urinaires reprennent leur cours normal.

L'état local se modifie avec la même netteté et la palpation retrouve en sept ou huit jours une fosse iliaque souple dans laquelle elle ne découvre qu'un léger empatement vestige d'une violente réaction locale.

Nous croyons que le vaccin a multiplié les facul-

tés de défense de l'organisme pour voir ainsi recéder avec une surprenante rapidité d'aussi graves phénomènes infectieux.

OBSERVATION LIII

V... (Blanche), 21 ans, femme de chambre. Le 24 mai 1923, prise subitement, dans la matinée, de douleur aiguë dans le ventre, vomissements et diarrhée. Elle est transportée à l'hôpital. Aucun antécédent.

A l'examen : faciès péritonéal; T. : $38^{\circ},5$; P. : 130; extrême faiblesse; tension abdominale généralisée, empêchant la palpation; douleur spontanée à tout l'abdomen.

L'état général sera traité par le sérum, huile camphrée, électrargol, diète hydrique et glace abdominale.

Nous restons sur l'expectative et notons, du 25 au 30, des douleurs vives intermittentes, des vomissements, puis une diarrhée bilieuse et muqueuse. Le poulx est meilleur, sous l'influence des tonicardiaques, mais la température monte régulièrement pour atteindre, le 30 mai, $39^{\circ},8$, avec tension abdominale extrême.

Le 30 mai, nous injectons $1/2$ V. M.

Le 31 mai, nous faisons $3/4$ V. M., et nous notons immédiatement une chute de température de $39^{\circ},8$ à $38^{\circ},1$.

Le 1^{er} juin, le poulx qui, le premier jour, était à 130 était descendu jusqu'à 100, et il s'y maintenait, et après les deux injections de vaccin il descendra encore, pour osciller autour de 80.

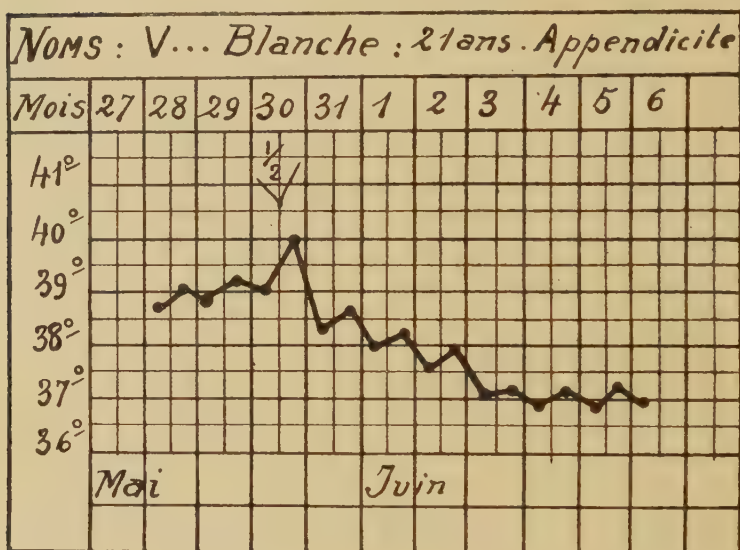
Le 2 juin, nous faisons 1 V. M. La température et le poulx sont excellents.

Le 3 juin, le ventre est redevenu souple, la langue

humide, la douleur a disparu. Il y a une notable amélioration générale, et la malade demande à manger. On la met au bouillon de légumes, mais on note pendant quelques jours encore un point douloureux appendiculaire.

Le 4 juin, 1/2 V. M.

Tout rentre dans l'ordre en une quinzaine de jours.



OBSERVATION LIV

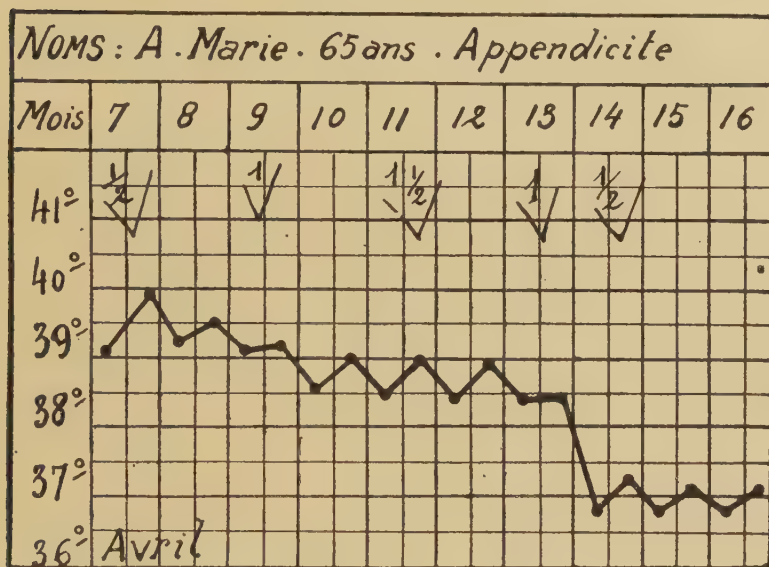
A... (Marie), 65 ans, employée des postes. Vers le 25 mars, en pleine santé, violente douleur subite dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, constipation, abattement extrême. Mal soignée et négligée, elle est hospitalisée le 7 avril.

Le 7 avril, nous faisons 1/2 V. M.

La malade fait une violente réaction péritonéale,

avec un ventre tendu, très douloureux. Pas de vomissements. Constipation opiniâtre. L'état général est très mauvais, les yeux excavés, traits tirés. T. : 40°; P. : 110.

Le 9 avril, 1 V. M. Au niveau de la crête iliaque, rougeur très accentuée. La température descend à 39°.



Le 11 avril, 1 1;2 V. M. La rougeur paraît être accentuée. Des trainées de lymphangite apparaissent dans la région inféro-latérale droite de l'abdomen. A la palpation, rendue très douloureuse, on a la sensation d'une fluctuation profonde. La température oscille entre 38° et 39°.

Le 13 avril, 1 V. M. La température est de 38°,5.

Le 14 avril, à 9 heures du matin, après de vives douleurs, ouverture spontanée d'un abcès, avec écoulement très abondant d'un pus grisâtre, à odeur

fécaloïde. La température tombe à 36°,8. Nous faisons une incision de l'orifice de l'abcès avec large débriement; nettoyage de la cavité; pose d'un gros drain; 1/2 V. M.

Le 16 avril, la température ne dépasse pas 37°. Le pus n'est plus si lié, il est moins fétide.

Du 16 au 25, en quelques pansements, guérison très rapide.

OBSERVATION LV

B... M... (Antoine), 38 ans. Entré le 28 septembre, avec le diagnostic d'appendicite, est traité suivant la méthode classique, au début par diète, glace et injection sous-cutanée d'huile camphrée; puis par compresses abdominales et régime alimentaire. Cependant, à la date du 26 octobre, la douleur est spontanée et généralisée à toute la fosse iliaque droite. La palpation, qui l'exagère, permet de sentir sous les doigts un large gâteau appendiculaire dur et donnant la sensation de bosselures.

Le 27 octobre, nous faisons une injection sous-cutanée de 1/4 V. M. Les compresses froides sont continuées, et le malade prend des potages et des purées.

Le 29 octobre, on fait 1/2 V. M.

Le 30 octobre, on note l'atténuation de la douleur spontanée; la palpation permet de constater que le gâteau appendiculaire a très nettement diminué de volume et, modifiant sa consistance, s'est ramolli. Il reste cependant douloureux à la pression.

Le 31 octobre, injection de 1 V. M.

Le 1^{er} novembre, nous constatons la disparition presque totale du gâteau, sauf cependant en un point, vers la partie moyenne de la fosse iliaque interne,

impression créée sans doute par la persistance d'adhérences au niveau de l'appendice. La douleur, à la palpation, a presque disparu.

Le 2 novembre, nous faisons 1/2 V. M.

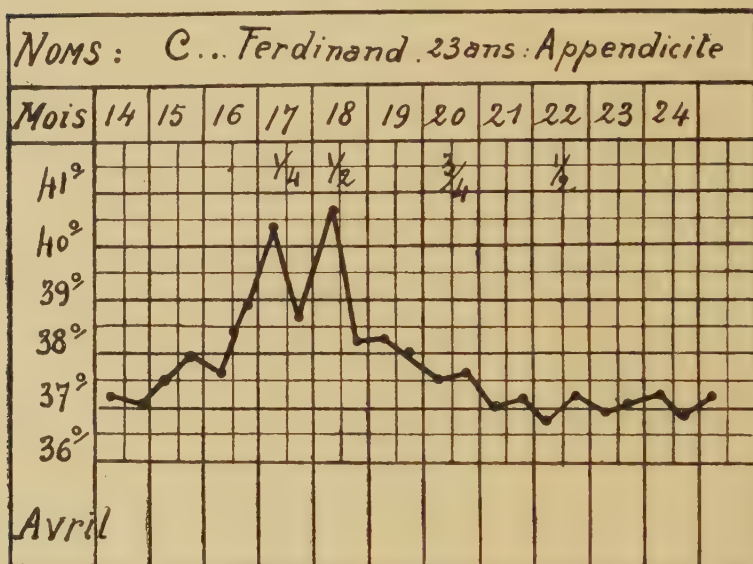
La température, qui oscillait autour de 38° avant le vaccin, accusant 38°,3 le 26 au soir et 37°,8 le 27 au matin, décroît régulièrement et sans aucune réaction, et dès le 1^{er} novembre. Le plateau est rétabli autour de 37°. Le poulx ne présente aucun caractère et suit la courbe thermique. L'opération, qui eut lieu le 21 décembre, découvrit un appendice ayant contracté de très nombreuses adhérences aux parois iliaques et au cœcum, témoins d'une violente réaction locale.

OBSERVATION LVI

C... (Ferdinand), 23 ans. Atteint antérieurement de rhumatisme articulaire aigu, avec lésion cardiaque, arrive à notre hôpital le 30 décembre, avec le diagnostic suivant : grippe, myocardite. A l'arrivée, nous constatons un souffle d'insuffisance, une légère obscurité respiratoire aux deux bases avec submatité, un foie un peu augmenté de volume et douloureux à la pression. Nous notons, de plus, l'existence d'un point appendiculaire très douloureux, avec une violente défense de la paroi abdominale. L'état général du sujet laissant à désirer, nous sommes prudent dans l'emploi du vaccin et, parallèlement au traitement médical symptomatique, nous pratiquons une série de V. M. Le 2 janvier, 1/4 V. M.; le 5, 1/2; le 9, 3/4; le 12, 1; le 15, 3/4; le 18, 1/2; le 21, 1/4. Le malade ne faisait pas de température mais, parallèlement à une amélioration de l'état général, nous assistons à un relâchement complet de la paroi, le ventre redevenait souple,

la fosse iliaque ne paraissait plus empâtée et, au palper, le malade n'accusait plus aucune douleur. Nous n'avons eu aucune réaction.

Le 6 mars, le malade est opéré, et l'on trouve un appendice profondément situé, très long, sans aucune adhérence, mais laissant sourdre du sang, des matières



fécales et du pus, et présentant dans ses $\frac{3}{4}$ supérieurs de la folliculité hémorragique.

Le 15 mars, le malade présente un gros furoncle de la lèvre supérieure, du côté gauche, et que nous traitons également par une série de vaccins : $\frac{1}{2}$ le 15, $\frac{3}{4}$ le 18, 1 le 21, $\frac{3}{4}$ le 24. La grosse inflammation de tout le côté gauche de la face cède rapidement, sans réaction. Vers le 15 avril, l'état général du malade, jusqu'alors très satisfaisant, devient mauvais, avec anorexie, faiblesse générale, pouls mou et dépres-

sible, avec léger mouvement fébrile, la température montant à 38°.

Le 16, le malade se plaint des deux bases pulmonaires et d'une courbature générale, avec petite toux, sans expectoration. Les urines deviennent rares, foncées, et contiennent un peu d'albumine, signant une insuffisance rénale. La température atteint 39°.

Le 17, les symptômes s'aggravent, avec apparition de sous-crépitations à l'auscultation, augmentation de la matité, sueurs abondantes, urines très rares, rachialgie intense. T. : 40°,4. Nous faisons 1/4 V. M. Le soir, la température descend à 38°,5.

Le 18, la température n'atteint que 38°,5, les urines abondantes, la douleur moins accusée.

Le 20, nous faisons 3/4 V. M., et la température retombe à 38°.

Le cœur, aidé par l'huile camphrée, a tenu avec un pouls régulier et bien frappé suivant la température.

Le 22, cédation de tous les symptômes. La température se maintenant à 38°, nous faisons 1/2 V. M., et tout rentre dans l'ordre, sans que nous n'ayons davantage noté de réaction. Le malade, rétabli, n'est plus soigné que pour sa lésion cardiaque, et sort après un mois de repos.

OBSERVATION LVII

P... (Marie-Louise), 43 ans. Se présente le 11 février 1923 à la consultation, disant avoir eu il y a huit jours une petite crise d'appendicite. Il reste encore un peu de ballonnement, de la défense dans la fosse iliaque droite, et une douleur très vive au palper, dans la région appendiculaire. La malade est mise au repos, au régime, et sera opérée plus tard.

Le 19 février, elle entre d'urgence en crise aiguë.

Elle prétend avoir eu un coup de couteau dans la région cœcale. Le rebord hépatique est douloureux, avec léger subictère. Le ventre est ballonné, douloureux; la malade a présenté deux vomissements dans la journée. Elle est mise à la diète, glace sur le ventre. T. : 38°,6. Nous faisons 1/2 V. M. P. : 120.

Le 20, 1 V. M. Le ballonnement persiste, mais la température monte à 39°,2. La résistance de la paroi paraît vouloir diminuer.

Le 20, 1 V. M. le soir. La température baisse à 38°,4, le pouls à 90. Plus de vomissement, plus de défense des parois. Dans la fosse iliaque droite, remontant jusqu'aux fosses-côtes, on constate la présence d'une grosse tuméfaction peu douloureuse, correspondant au niveau de la région cœcale.

Le 22, la température est tombée à 38°, le pouls à 80-90, bien frappé, une garde-robe spontanée, diarrhéique.

Le 23, nous faisons 1/2 V. M. Excellent état général. T. : 37°,5. La tuméfaction abdominale est considérablement diminuée, mais on sent encore une masse dure, remontant le long du cœcum, sans fluctuation ni douleur.

Le 24, nous faisons 1/2 V. M.

Le 25, nous notons la persistance de la tuméfaction au cœcum (paraissant amincie), tendant à remonter le long du colon ascendant, non douloureux au palper, mais provoquant des douleurs pelviennes. La glace est supprimée; tout paraît devoir rentrer dans l'ordre.

Le 1^{er} mars, la masse cœcale est très diminuée, à peine perceptible, et ramollie. La malade sort guérie dix jours après.

XVIII

OBSERVATIONS D'ENFANTS ET DE NOURRISSONS

Nous avons eu l'occasion d'étudier l'action du multivalent dans un dispensaire de puériculture, chez des petits malades en cours d'infections diverses. Nous avons pratiqué des injections progressives de V puis X, XV et XX gouttes de vaccin pour revenir à XV et à X gouttes. Nous devons reconnaître que nous avons eu le plus souvent, avec une légère réaction locale, une ascension thermique de $1/2$ ou même de 1° le soir même. Mais le lendemain nous avons noté régulièrement une baisse de température avec nette régression des signes infectieux. Nous avons le soin de surveiller le petit malade de très près et d'espacer nos injections d'au moins trois jours.

Nous avons obtenu des résultats encourageants dans des cas de bronchite grave, dans des diarrhées avec phénomènes généraux, dans des broncho-pneu-

monies aiguës, soit évoluant isolément, soit parallèlement à des lésions tuberculeuses.

Nous devons cependant dire que dans les cas de tuberculose associée, les effets heureux obtenus sur les microbes associés et constatés par la baisse de la courbe thermique et les modifications locales, n'enrayaient pas l'action du bacille de Koch, car les associations microbiennes ne paraissent que jouer un rôle très effacé dans la bacillose pulmonaire chez les enfants.

XIX

LE MULTIVALENT ET LES IDEES MODERNES SUR LA BACTERIOTHERAPIE

Nous nous sommes proposés d'exposer les avantages que peut retirer le médecin d'une pratique facile et sans danger, sans avoir la prétention de traiter ici de la pathogénie des vaccins polyvalents. La tâche déborderait le cadre que nous nous sommes imposés et, d'ailleurs, dépasserait hautement nos connaissances actuelles.

Et cependant nous ne pouvons pas ne pas rappeler que pour certains auteurs, la vaccinothérapie serait dépourvue de toute spécificité. Et devons nous admettre avec eux que les effets constatés après infection de notre multivalent excluent l'existence de réactions électives dues aux quelques microbes responsables de l'infection ? Nous croyons pouvoir, avec Wright penser que tant que toutes les parties de l'organisme telles les différentes individualités d'une association ne concourent pas à l'effort commun, la défense ne sera pas intégrale.

Il nous paraît difficile de nier la spécificité : dans

bien des cas de furonculose, la régression de l'élément douleur presque immédiatement consécutive aux infections de vaccin staphylococcique, n'est procurée par aucune autre injection de microbes; et les résultats obtenus avec des vaccins de très faible valence pendant de longues années et obtenus seulement avec les microbes existant dans les lésions, ne laissent aucun doute sur la justesse de vues de Wright. La pratique du multivalent pendant la guerre nous a d'ailleurs fourni une preuve de l'action spécifique. Lorsqu'on se trouva en présence de pus bleu dans les plaies des blessés arrivant des armées, on ajouta le pyocyanique à la formule du vaccin. A partir de ce moment là, le pus bleu disparut complètement. Longtemps après, il reparut, sans que l'on puisse s'en expliquer la cause. Une enquête apprit que par suite d'une circonstance fortuite, la culture de pyocyanique n'avait pu être ajoutée au stock de multivalent préparé à ce moment. L'erreur, une fois réparée, le pus bleu disparut à nouveau.

Mais Wright, resté longtemps convaincu de la spécificité rigoureuse des vaccins, a sensiblement modifié sa théorie au cours de ces dernières années. Il était arrivé à reconnaître que les vaccins microbiens pouvaient n'avoir pas seulement une action strictement spécifique, mais aussi créer, à côté de l'immunisation directe, une immunisation collatérale. Nous nous éloignons déjà des conceptions premières. La spécificité s'efface bientôt totalement

pour certains qui attribuent à la protéinothérapie les succès constatés au cours d'injections vaccinales.

Pour eux, en effet, les corps microbiens agiraient par leurs seules protéines, en apportant un trouble dans l'équilibre humoral. Car, comme l'a montré Danysz, il n'est pas nécessaire d'avoir un choc apparent pour obtenir des réactions thérapeutiques.

C'est paraître bien absolu, car si l'on ne peut conclure à la seule action de la spécificité, on n'est nullement en droit de la nier. Dans les cas d'infection éberthienne pas eux, si l'on est arrivé à influencer heureusement la température aussi bien par des injections de peptones que par des injections vaccinales, il est reconnu que c'est seulement l'injection spécifique qui précipite l'élimination des bacilles typhiques. Il serait long et fastidieux d'énumérer les cas où la protéinothérapie paraît remplir dans l'action thérapeutique un rôle de premier plan. Mais il n'en demeure pas moins que s'il serait paradoxal de conclure à la supériorité de l'hétérothérapie sur la vaccinothérapie spécifique, certaines constatations sont troublantes et commandent, dans l'interprétation des faits, la plus extrême prudence.

Dans de nombreux cas, en effet, il a été constaté que des injections faites avec un vaccin ne correspondant pas à l'infection dont le malade était atteint, ont amené une amélioration certaine.

Après avoir rappelé que, dans les grippe graves et dans les complications grippales, la supériorité de vaccins pneumo-streptococciques a été très nettement établie sur les cas traités simplement par les colloïdes, nous croyons pouvoir affirmer que la multivalence est en parfaite harmonie avec les deux conceptions.

D'une part, notre multivalent renferme à coup sûr, sinon tous, du moins quelques-uns des microbes en cause, et les plus redoutables par leur activité et leur ubiquité. Et la bactériothérapie du point de vue de Wright a pour effet d'accroître les éléments de défense de l'organisme infecté, de multiplier les anticorps spécifiques et d'enrayer ainsi dans son effet l'action nocive des microbes visés. Il doit, par les anticorps qu'il fait naître, rendre stériles les microbes qui sommeillent à l'état normal, prêts à reprendre leur virulence à la première alerte et à la faveur de la moindre défaillance organique. Et nous connaissons aujourd'hui l'extrême richesse de la flore intestinale : on y trouve normalement des entérocoques, des diplocoques, des staphylocoques, du colibacille. Ils vivent là en saprophytes et si certains leur attribuent une mission physiologique à l'état normal dans l'économie, il est concevable de les voir revêtir à l'état pathologique une activité et une virulence spéciales qu'ils ne connaîtraient pas s'ils étaient systématiquement combattus par spécificité vaccinale. Et dans la flore microbienne intestinale courante, nous retrou-

vons trois microbes contenus dans notre polyvalent : entérocoque, staphylocoque et colibacille. Nous pourrions en dire autant de l'appareil pulmonaire, et en juxtaposant tous les microbes courants, vivant en saprophytes dans les tissus, nous arrivons à établir une formule très voisine de celle de notre multivalent.

Il est admis généralement que si dans un groupe de quatre microbes, un de ces germes acquiert une virulence spéciale, ou si un cinquième microbe particulièrement virulent vient se joindre à eux, les autres deviennent redoutables, et leur propre virulence paraît avoir été exaltée par ce contact. Ne pouvons-nous pas admettre que réciproquement, si un ou plusieurs de ces microbes est touché spécifiquement par le vaccin multivalent, se voit muselé dans son action, utilement combattu par les anticorps spécifiques et finalement réduit à disparaître, les autres ne soient à leur tour réduits à l'inaction ?

Quant aux microbes contenus dans le multivalent et n'ayant aucun rapport avec la lésion causale qui motive l'injection vaccinale, nous pouvons les considérer en dehors de toute action spécifique, même sur le microbisme latent, comme jouant le rôle d'albumines hétérogènes, et que l'expérience de longues années a montré absolument inoffensive pour les malades. Leur action relève alors de la protéinothérapie et il n'est pas prouvé qu'ils ne soient sans effet.

Les idées de Besredka sont venues apporter un trouble, vite apaisé, dans la conception que l'on se faisait de l'action de la vaccinothérapie. La pratique des vaccins à forte valence serait au contraire renforcée par la création à côté de l'immunité générale humorale et cellulaire d'un état réfractaire local intéressant tel groupe cellulaire ou tel grand appareil. L'inoculation de bactéries dans la circulation générale provoque, avec l'agressivité leucocytaire, la formation d'anticorps en un premier temps, puis ce stade franchi, le virus arriverait au niveau des cellules spécifiquement réceptrices. Celles-ci réagissant en un second temps établiraient l'immunité locale de Besredka, véritable immunité tissulaire complètement indépendante des réactions générales de défense du sujet, les anci-corps étant ici plutôt les témoins de l'infection, que de l'immunisation organique.

Et nous signalerons que si les entero-antigènes de Danysz injectés sous la peau viennent se fixer sur les parois intestinales en obéissant à une attraction spéciale, il est possible d'admettre que les microbes de notre multivalent, après avoir rempli dans un premier stade leur rôle d'immunité générale puissent secondairement, en vertu de ce tropisme électif signalé par Besredka, se mobiliser pour aller créer l'état réfractaire local.

Nous nous excuserons d'arrêter là notre pathogénie; nous avons fait une grande part à la spécificité à laquelle nous croyons devoir rester fidèles.

Mais l'emploi d'un vaccin à forte valence n'est pas en opposition avec les conceptions de Besredka, et nous ne saurions nier le facteur choc en rapport avec l'existence d'un équilibre humoral. Mais l'on ne nous en voudra pas de ne pas entrer plus profondément dans l'interprétation de faits troublants au service desquels on a mis des mots bien expressifs ne répondant pas toujours à une objectivité rigoureuse.

Nous oserons cependant faire remarquer que si la bactériothérapie est encore à ses débuts, l'horizon reste ouvert sans limite à cette thérapeutique nouvelle. Car il est permis d'espérer que bientôt tous les domaines relèveront de son étude, et que sortant du cadre trop étroit du lit d'hôpital, les préparations microbiennes à forte valence prendront une place honorable en médecine sociale. Les récentes communications de Arloing, Sempé et Chavanne relativement au pouvoir antimicrobien de diverses eaux fluviales viennent singulièrement renforcer notre thèse. Généralement plus accentuée en aval des grands centres industriels, cette propriété des eaux courantes saturées des microbes les plus variés serait pour eux liée à une action lytique bactériophagique. Et ces eaux si largement souillées mettraient l'organisme en état permanent de défense, ouvrant ainsi à la bactériothérapie multivalente une large fenêtre sur l'hygiène sociale.

CONCLUSIONS

Les stock-vaccins multivalents, judicieusement sélectionnés et préparés avec les microbes le plus communément rencontrés, sont des agents précieux dans la thérapeutique des infections médicales et chirurgicales, aussi bien dans les formes chroniques ou à répétition, que dans les formes aiguës.

Leur mode d'action peut être discuté, comme celui de tous les vaccins, mais il ressort de nos observations et d'une longue expérience qu'ils n'agissent pas seulement par choc, et que la production des opsonines est en relation avec la sélection des microbes associés.

La pluralité des espèces microbiennes est inoffensive et nous avons observé dans tous les cas que celles qui se trouvent dans le vaccin sans être en cause chez le malade peuvent être injectées sans qu'il en résulte le moindre mal.

Par contre, l'introduction dans le stock multivalent d'un microbe nouveau trouvé chez un sujet

isolé ou au cours d'une épidémie, renforce l'efficacité du vaccin.

Il en est de même de l'augmentation numérique, dans le stock, des bactéries qui peuvent être considérées comme principalement pathogènes au milieu d'une association microbienne.

Nous attribuons l'efficacité thérapeutique des vaccins multivalents à ce fait, que nous avons maintes fois vérifié, qu'il y a rarement unité microbienne dans les infections, et d'autre part à la conviction que l'invasion de l'organisme par un agent spécifique provoque la virulence des saprophytes. de même que l'on voit un traumatisme réveiller un microbisme latent.

Loin de nous la pensée de présenter les vaccins multivalents comme des panacées. Il est absolument nécessaire de sélectionner les cas où ils peuvent être utiles et, malgré la grande proportion des succès, il y a des résultats moins brillants ou nuls; nous avons d'ailleurs observé que ces derniers justifiaient un mauvais pronostic.

La multivalence permet d'appliquer le même vaccin aux infections médicales et chirurgicales. Leur bactériologie d'ailleurs est souvent identique : on rencontre, par exemple, l'entérocoque, le colibacille, le pneumocoque, etc..., dans les suppurations, de même que l'on rencontre le staphylocoque et le streptocoque dans les affections médicales. On ne saurait établir ainsi de classification rigoureuse, en oubliant que les affections locales périphériques

provoquent fréquemment la virulence des microbes viscéraux.

Cette pluralité microbienne rend presque impossible l'isolement par culture de toutes les bactéries en cause et la préparation d'autovaccins. C'est pour l'avoir essayé et avoir été obligé d'y renoncer que nous avons adopté le stock multivalent.

Il n'est pas question, d'ailleurs, de le substituer aux autovaccins auxquels nous restons fidèles dans les infections simples et quand rien ne s'oppose à leur préparation rapide. Et la vaccination que nous venons d'étudier n'exclut pas davantage les autres moyens thérapeutiques qu'il est souvent utile de lui associer.

Dans les infections chirurgicales, il ne s'agit pas non plus de substituer les vaccins à l'intervention ni de la retarder au préjudice du malade. Il existe des cas de résorption de phlegmons, d'adénites, de lésions infectieuses diverses traitées au début, mais ce n'est pas la règle. Ce que nous avons maintes fois constaté c'est qu'une intervention en milieu infecté est moins grave quand elle a été précédée de notre méthode de bactériothérapie qui aide très efficacement la guérison post-opératoire.

La formule que nous avons présentée n'a rien de fixe, rien d'immuable; elle a été plusieurs fois modifiée et elle doit s'adapter aux circonstances. De même le mode de préparation du vaccin peut varier suivant les méthodes habituelles des laboratoires.

Nous avons surtout voulu exposer l'intérêt que

nous paraissait offrir la pratique, aussi bien médicale que chirurgicale, d'une bactériothérapie basée sur une très riche association microbienne, répondant à de nombreuses indications. Réalisée par un stock-vaccin préparé d'avance, elle peut être appliquée loin de tout laboratoire et sans perdre un temps précieux. Ajoutons que dans des milliers de cas, il n'a jamais été observé d'accident, et que tel que nous l'avons décrit il est inoffensif dans le sens absolu du mot.

Nous avons cru devoir exposer, en terminant, comment la pratique des vaccins à très forte valence répondait théoriquement aux conceptions modernes de la bactériothérapie.

Vu : *Le Président de la thèse,*

E. SERGENT.

Vu : *Le Doyen de la Faculté,*

ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Monde Médical*, 15 mars 1922 : La Vaccinothérapie.
- WRIGHT. — Leçons de la Guerre et Immunisation thérapeutique (*P. M.*, 14 août 1919).
- BAZY et CUVILLIER. — Obtention de vaccins sensibilisés mono ou polyvalents au moyen du sérum de Leclainche et Vallée (*P. M.*, 25 avril 1918).
- GRIMBERG (A.). — La vaccinothérapie (*J. de méd. de Paris*, 1923, n^{os} 43 et 44).
- RENAUD-BADET. — Les vaccins microbiens.
- GIRODE. — Traitement des infections pyogènes par le vaccin de Delbet.
- BAUER. — Les vaccins préparés à la sonde.
- MINET-ALLARY. — Revue des vaccins et sérums (*J. de thérapeutique français*, juin 1924).
- MINET. — Traitement des affections pulmonaires par la vaccinothérapie (*P. M.*, 13 juillet 1921).
- HÉRELLE (D'). — Le bactériophage, son rôle dans l'immunité (*P. M.*, 11 juin 1921).
- BENOIT. — Résultats de la vaccinothérapie dans les maladies infectieuses au Canada (*P. M.*, 13 août 1921).
- DANYZY. — Bactériothérapie spécifique et bactério- ou protéinothérapie non spécifiques (*P. M.*, 19 juil. 1924).
- BESREDKA. — De l'immunité locale (*P. M.*, 12 juillet 1924).
- POCHON. — Emploi d'un vaccin polyvalent dans les infections et principalement dans les plaies de guerre (*P. M.*, 22 nov. 1917).
- DUCATTE. — Les entéro-antigènes dans le traitement des affections gastro-intestinales (*J. de Biologie pratique*, octobre 1924).

- BAZY (Louis). — Vaccine-t-on contre les infections chirurgicales ? (*La Médecine*, octobre 1924).
- ARLOING. — Propriétés antimicrobiennes des diverses eaux fluviales (*P. M.*, 21 fév. 1925).
- LANGERON. — Immunité et vaccinothérapie locales (*Clinique et laboratoire*, 20 déc. 1924).
- PANISSET et GOLDENBERG. — Idées modernes sur la vaccinothérapie (*Progrès Méd.*, 15 oct. 1924).
- BAZY. — La vaccinothérapie en chirurgie (conférence du Val-de-Grâce, 24 janv. 1925).
- PARISOT et SIMONIN. — Les vaccins et la pratique de la vaccinothérapie, 1925.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	1
I. — <i>Historique</i>	7
II. — <i>Le vaccin multivalent</i>	12
III. — <i>Des résultats généraux</i>	19
IV. — <i>Affections pulmonaires</i>	28
<i>a) Appareil pleuro-pulmonaire</i>	28
<i>b) Appareil pulmonaire (médecine)</i>	31
<i>c) Bronchites et trachéites chroniques</i>	36
<i>d) Grippe</i>	38
<i>e) Coqueluche</i>	40
V. — <i>Infections de nature indéterminée</i>	42
VI. — <i>Septicémies</i>	46
VII. — <i>Infections post-opératoires</i>	55
VIII. — <i>Otorhinolaryngologie</i>	58
<i>a) Divers</i>	58
<i>b) Coryza</i>	65
IX. — <i>Abcès du sein</i>	66
X. — <i>Furonculose et anthrax</i>	67
XI. — <i>Infections gonococciques</i>	72
<i>a) Diverses</i>	72
<i>b) Infections vésicales chez la femme</i>	75

XII. — <i>Uréthrites chroniques</i>	77
a) Diverses.	77
b) Infections vésicales diffuses chez l'homme.	78
XIII. — <i>Pyélonéphrites</i>	81
XIV. — <i>Suppurations diverses</i>	87
XV. — <i>Adénites tuberculeuses anciennes suppurées</i>	96
XVI. — <i>Gynécologie</i>	99
XVII. — <i>Appendicites</i>	114
XVIII. — <i>Observations d'enfants</i>	123
XIX. — <i>Le multivalent et les idées modernes</i>	125
XX. — <i>Conclusions</i>	133
BIBLIOGRAPHIE.	137

